

PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL PERÚ

FACULTAD DE PSICOLOGÍA



Configuraciones Relacionales en Personas Diagnosticadas con Esquizofrenia
Paranoide

**TRABAJO DE INVESTIGACIÓN PARA LA OBTENCIÓN DEL GRADO DE BACHILLER EN
PSICOLOGÍA**

Presentado por
Alberto Vento, Eduardo Josué

ASESOR
Rasmussen Luján, Gian Harry's

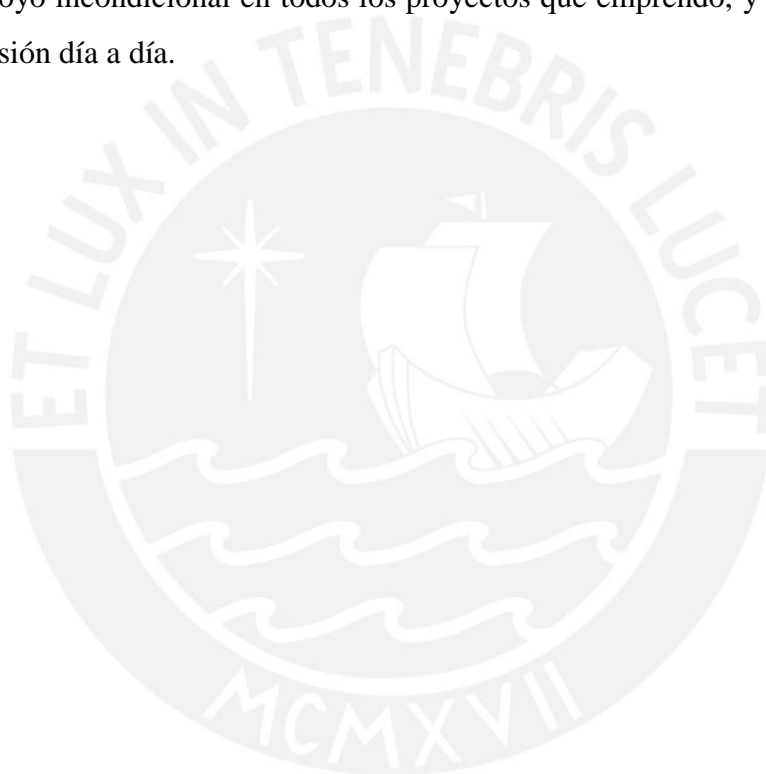
2020

Agradecimientos

A las personas que participaron en este estudio, quienes me permitieron conocer sus experiencias y me compartieron sus emociones, deseos y pensamientos. Asimismo, por enseñarme la importancia de los lazos que establecemos con los demás.

A mi asesor Gian Harry's Rasmussen Luján por su compromiso y paciencia para guiarme en este proceso. Por sus invaluable lecciones y consejos que me hicieron crecer a nivel profesional y personal.

A Zulema y Jonás, mis padres, quienes son además mis compañeros y mi soporte. Por brindarme su apoyo incondicional en todos los proyectos que emprendo, y por dedicarme su amor y comprensión día a día.



Resumen

La presente investigación tiene como objetivo describir las Configuraciones Relacionales en personas diagnosticadas con esquizofrenia paranoide. Para tal fin, se realizó un estudio desde una metodología cualitativa de casos múltiples. Se contó con la participación de dos personas diagnosticadas con esquizofrenia paranoide y se llevaron a cabo dos sesiones de entrevista con cada participante. En la primera, se realizó una entrevista semiestructurada, mientras que en la siguiente sesión se aplicó la entrevista "Paradigma de Anécdotas Relaciones" (Luborsky, 1998). Asimismo, el tratamiento de la información se realizó a través de un análisis temático deductivo e inductivo (Braun & Clarke, 2006). Los resultados sugieren la existencia de dos configuraciones relacionales transversales y una configuración relacional prevalente correspondiente a cada participante. Se encontró que los participantes poseen deseos de reconocimiento y apoyo por parte de un otro, el cual puede determinar el bienestar que puedan alcanzar las personas. La segunda configuración transversal muestra una interacción de las personas consigo mismas, en la cual intentan comunicar que la esquizofrenia no puede ser un determinante para detener sus objetivos. La configuración relacional prevalente de uno de los participantes se caracteriza por la interacción de un *self* representado como perseguido o invadido que desea el respeto hacia sus límites personales. La configuración relacional prevalente del segundo participante evidencia deseos de identificación con un otro. Dicha interacción se dará a través de procesos primarios identificación e idealización del objeto, los cuales son mecanismos que caracterizan la fenomenología de la psicosis.

Palabras clave: configuraciones relacionales, esquizofrenia paranoide, psicosis

Abstract

The present research aims to describe the Relational Configurations in people diagnosed with paranoid schizophrenia. For this purpose, a study was carried out from a qualitative methodology of multiple cases. Two people diagnosed with paranoid schizophrenia participated and two interview sessions were conducted with each participant. In the first, a semi-structured interview was conducted, while in the next session the interview "Paradigm of Relationships Anecdotes" (Luborsky, 1998) was applied. Likewise, the information treatment was carried out through a deductive and inductive thematic analysis. (Braun & Clarke, 2006). The results suggest the existence of two transversal relational configurations and a prevalent relational configuration corresponding to each participant. It was found that the participants have desires for recognition and support from another, which can determine the The transversal configuration shows an interaction of people with themselves, in which they try to communicate that schizophrenia cannot be a determining factor to stop their objectives. The prevailing relational configuration of one of the participants is characterized by the interaction of a self represented as being persecuted or invaded, which gives respect to their personal limits. The prevailing relational configuration of the second participant shows desires to identify with another. This interaction will occur through primary processes identification and idealization of the object, which are mechanisms that characterize the phenomenology of psychosis.

Key words: relational configurations, paranoid schizophrenia, psychosis

Tabla de Contenidos

Introducción...	1
Método...	11
Participantes.....	11
Técnicas de recolección de la información.....	14
Procedimiento...	15
Análisis de la información...	16
Resultados...	18
Configuración relacional transversal.....	18
Configuraciones relacionales prevalentes de cada caso.....	21
Discusión...	25
Referencias.....	35
Anexos...	42
Anexo 1: Consentimiento Informado.....	42
Anexo 2: Guía de entrevista.....	43
Anexo 3: Ficha sociodemográfica.....	44
Anexo 4: Consigna de <i>The Relationship Anecdotes Paradigm</i> (RAP).....	46
Anexo 5: Carta de invitación para participantes.....	47

Introducción

La esquizofrenia es uno de los trastornos mentales más complejos dada su naturaleza crónica y las repercusiones sobre el desarrollo biopsicosocial de la persona. Dichas propiedades la convierten en una de las condiciones de riesgo más importantes de nuestra época (Keshevan et al., 2011). Asimismo, la esquizofrenia es entendida como un trastorno psicótico grave o un trastorno mental que afecta al pensamiento, las emociones y el comportamiento (García, 2009; Mediavilla, 2009).

Además, según la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2018), la esquizofrenia afecta a más de 24 millones de personas alrededor del mundo. De esta forma, la OMS (2018) estima que la prevalencia de esta condición es del 1% a nivel mundial, lo cual significa que una de cada cien personas tienen dicha condición. Además, el rango de edad para la aparición de este trastorno comprende desde los 15 a 44 años y se observa que existen alrededor de dos millones de casos reportados por año en todo el mundo (Castillo, 2014).

Asimismo, a nivel de la región latinoamericana, la esquizofrenia es considerada como una de las condiciones más incapacitantes de la última década. Se explica que dicha condición aparece en momentos cumbres del desarrollo humano, lo cual implica una disminución de capacidades para ejercer alguna ocupación que genere ingresos económicos (Mental Disability Rights International [MDRI], 2004). En este sentido, la esquizofrenia supone una limitación para el autosustento de las personas (Cabello et al., 2011; Chong et al., 2016). De esta manera, parte del gasto público dirigido hacia la salud se concentra en la creación de modelos de intervención y reinserción laboral (Chong et al., 2016). Además, se estima que en Latinoamérica existe un costo anual de 1.81 millones de dólares por millón de personas con este diagnóstico (MDRI, 2004).

En el Perú, la prevalencia de la esquizofrenia es de 2 por 1000 habitantes para las mujeres y 3 por 1000 habitantes para los hombres. Así también, la edad media del comienzo de la condición es de 27 años para las mujeres y 24 para los hombres (Vega, 2011). Del mismo modo, un estudio epidemiológico llevado a cabo por el Instituto Nacional de Salud Mental Honorio Delgado- Hideyo Noguchi (INSM-HD-HN, 2012) encontró que hacia el 2011 existían más de 260 mil peruanos con esquizofrenia, y en el departamento de Lima se encontraban más de 80 mil casos. Así también, instituciones de salud mental como el Hospital Víctor Larco Herrera, señalan que la esquizofrenia fue el trastorno mental con más demanda de atención para el 2017 (Hospital Víctor Larco Herrera, 2018).

Según la Clasificación Internacional de Enfermedades en su décima edición (CIE-10) (OMS, 2008), existen siete tipos de esquizofrenia: paranoide, hebefrénica, catatónica, indiferenciada, simple, residual y otra sin especificación. Entre ellas, la esquizofrenia paranoide resalta debido a la mayor frecuencia de su diagnóstico alrededor del mundo y sus propiedades particulares. En este sentido, las características más relevantes de esta condición comprenden un conjunto de creencias delirantes o alucinaciones referentes a ideas de persecución, de referencia, de celos, de tener una misión especial o estar bajo el control/dominio de algo o alguien (American Psychiatric Association [APA], 2013).

Además, la esquizofrenia paranoide se distingue dado que las personas que presentan este diagnóstico mantienen más preservadas sus capacidades cognitivas, como la atención y memoria. Dicho aspecto es fundamental dado que las investigaciones enfocadas en este trastorno se pueden realizar de manera óptima (Saavedra, 2009). Por lo tanto, existen un mayor número de investigaciones realizadas que toman en cuenta a las personas que presentan la esquizofrenia paranoide (Velazco et al., 2018).

Desde el modelo psiquiátrico, la esquizofrenia paranoide es definida como un trastorno psicótico grave y sus manifestaciones básicas consisten en una mezcla de síntomas que afectan múltiples procesos psicológicos y físicos (García, 2009). Frecuentemente, las personas con esquizofrenia paranoide presentan síntomas positivos. No obstante, en algunos casos se podrían observar síntomas negativos (Christodoulou, 2013). Los síntomas positivos incorporan las alucinaciones, ideas delirantes, trastorno del pensamiento (incoherencia, tangencialidad o falta de lógica), y comportamiento extravagante o excéntrico que denota la distorsión de la realidad. Por otro lado, los síntomas negativos implican un déficit en la actividad mental, algunas personas experimentan alogia (pobreza de lenguaje o del contenido de este), aplanamiento afectivo, anhedonia (incapacidad de experimentar placer), distanciamiento social, abulia (falta de energía), apatía y notable deterioro atencional (APA, 2013; Bernardo et al., 2014).

Como se aprecia, desde el modelo médico existe un método para describir y clasificar los síntomas de la esquizofrenia paranoide. Además, desde este marco se han desarrollado más investigaciones para establecer relaciones causales con fenómenos neurobiológicos que explican la condición (Keshavan et al., 2011). Bajo esta perspectiva, se asume la existencia de una causa neurológica y biológica que están asociadas a distorsiones de las creencias y alucinaciones (Pérez-Álvarez, 2012; Walker & Read, 2002). Debido a ello, se estudian estas alteraciones en el lóbulo temporal medial, amígdala, hipocampo, el área temporal neocortical o desniveles en el neurotransmisor dopamina (Howes & Kapur, 2009; Mareco & Weinberger,

2000). Entonces, desde este enfoque, se promueve el desarrollo y uso de fármacos que contribuyen con la disminución de distorsiones perceptuales (Binder, 2006).

Los avances conseguidos por el modelo psiquiátrico han mejorado la calidad de vida y el desarrollo de personas con esquizofrenia; sin embargo, dicho enfoque no suele incluir factores contextuales y relacionales que son indispensables para el análisis de esta condición (Bradfield & Knight, 2008; Heckers et al., 2013). De esta manera, se han ido desarrollando posturas que sugieren el uso del modelo diátesis-estrés, donde la esquizofrenia es entendida como producto de la interacción de factores biológicos y ambientales (relaciones primarias, cultura, instituciones, pares, entre otros.). Además, este enfoque se presenta como menos determinista y ofrece mayores posibilidades para reflexionar sobre esta condición (Stephenson, 2018).

El modelo diátesis-estrés tiene como objetivo describir y analizar la relación entre los estresores externos y los factores individuales (Pruessner et al., 2017). Según este marco teórico, los aspectos individuales son únicos ya que se relacionan con elementos hereditarios que afectan a la persona. Asimismo, diversos autores proponen que el ámbito de los estresores externos simbolizan una oportunidad para explorar las relaciones interpersonales y factores contextuales que contribuyen con el entendimiento de diversos cuadros psicopatológicos (Chaudhary, 2017; Pruessner et al., 2017). Además, se plantea que tanto los factores externos como los individuales podrían generar un escenario que propicie el desarrollo de algún trastorno psicológico como la esquizofrenia (Pruessner et al., 2017)

De esta forma, el modelo diátesis-estrés es usado por otros enfoques para profundizar en las causas y el curso de la esquizofrenia (Heckers et al., 2013). Uno de estos enfoques es el psicoanálisis contemporáneo, el cual hace uso del modelo de diátesis estrés para integrar variables contextuales y personales que explican la psicopatología (Stephenson, 2018). Asimismo, desde el enfoque psicoanalítico se propone como una variable individual la existencia de una estructura de personalidad psicótica a la base de un cuadro de esquizofrenia. Esta estructura se caracteriza por el desapego con la realidad que se expresa a través de distorsiones perceptuales; por ello, la esquizofrenia se posicionaría en el extremo patológico de esta estructura (Zaytseva et al., 2013).

En esta línea, desde el psicoanálisis, el Manual de Diagnóstico Psicodinámico (PDM-2) explica la esquizofrenia como un síndrome funcional, debido a la ausencia de un estado médico que explique este fenómeno. Del mismo modo, el PDM-2 concuerda con el modelo diátesis-estrés, el cual explica que la esquizofrenia se desarrollaría debido a las interacciones entre el factor genético y una variedad de estresores ambientales como

situaciones de violencia y abandono (Ligardi & McWilliams, 2017). Asimismo, en el PDM-2 se profundiza en la descripción de la dinámica de la esquizofrenia a través de ejes que abordan la experiencia subjetiva de la esquizofrenia. De esta manera, la esquizofrenia es descrita a través de ocho ejes: las propiedades del yo y experiencia del *self*, estados afectivos, cambios perceptuales, disfunciones cognitivas, síntomas cognitivos positivos, *insight*, estados somáticos y patrones de relación (Ligardi & McWilliams, 2017).

El primer eje (las propiedades del yo y experiencia del *self*) refiere que, en la esquizofrenia, la noción natural de la existencia de un yo real y una percepción del mundo se encuentra perturbada. En este sentido, la propiedad del *self*, como una unidad de la propia identidad, se percibiría como algo permeable; por lo tanto, la persona se encontraría más vulnerable a la influencia de un otro. Se explica que los límites del *self* se encuentran trastocados, y aquello que podría definirse como “yo” se encuentra perturbado; es decir, los límites entre el *self* y el otro se encuentran en un estado de indiferenciación (Ligardi & McWilliams, 2017).

En cuanto a los estados afectivos, se manifiesta que las fases de catatonia o embotamiento se encuentran relacionados con sentimientos intensos y abrumadores como la vergüenza, miedo, tristeza, desesperación o soledad. Dichos afectos podrían provocar deseos de retirarse del mundo y no responder a estímulos (Ligardi & McWilliams, 2017). Así también, este fenómeno podría ser experimentado como la desintegración del *self*, ya que dichos afectos deterioran y perjudica los mecanismos de defensa que la persona haya desarrollado (Bion, 1962).

El tercer eje expone aquellos cambios de la percepción donde se ven afectados los sentidos y su respectiva interpretación. Los autores mencionan que las distorsiones que se manifiestan a través de voces inquisitoriales o visiones distorsionadas están relacionadas con un estado del *self* en desintegración. Es decir, un *self* que carece de mecanismos de defensa que le permita interpretar y tolerar sus afectos/pensamientos. Además, esta propiedad del *self* en desintegración influencia la percepción de las personas con esquizofrenia, ya que vivencian los fenómenos de su cotidianidad como eventos más allá de su propio control (Ligardi & McWilliams, 2017).

Posteriormente, el eje de las disfunciones cognitivas refiere a desórdenes en el pensamiento formal, en la percepción global de realidad, la memoria y orientación. Por un lado, se evidencia que las personas con esquizofrenia podrían vivenciar un desorden en el flujo de sus ideas. Se puede observar un bloqueo en el flujo verbal y una serie de pensamientos incongruentes (Ligardi & McWilliams, 2017). Por otro lado, la memoria de

corto plazo podría estar dañada. Se explica también que el tiempo puede ser percibido como muy rápido o lento, y podría perderse un sentido de continuidad. Debido a ello, el PDM-2 expone que las personas con esquizofrenia pueden experimentar un cambio de orientación existencial del mundo. Por ende, para compensar dicho aspecto, las personas con este trastorno suelen explorar temas metafísicos, filosóficos o religiosos (Ligardi & McWilliams, 2017).

Acerca de los síntomas cognitivos positivos, el PDM-2 menciona que este eje es comprendido por los desórdenes en el contenido de pensamiento y las alucinaciones perceptuales. Estas alteraciones hacen referencia a aquellas explicaciones que elaboran las personas con esquizofrenia para tratar de comprender las alucinaciones. De esta manera, se evidencian creencias de que alguien los está controlando o ideas mágicas. Es decir, los delirios surgirían como una respuesta de interpretación a ciertas experiencias anómalas de la percepción (alucinaciones) (Ligardi & McWilliams, 2017).

El eje *insight* refiere a la conciencia de tener el trastorno mental, lo cual es comparado con un estado de anosognosia; es decir, la situación de aquellas personas que carecen de conciencia de sus propios estados mentales. Este fenómeno sería originado por un problema neurológico que ocasiona dicha falta de conciencia de enfermedad en la persona. Además, según estos autores plantea que el *insight* y la psicosis son acontecimientos independientes. Por un lado, se evidencia que las personas psicóticas con síntomas positivos carecen de la capacidad para reconocer que tienen un trastorno mental y manifiestan interpretaciones delusivas acerca de su condición. Por otro lado, las personas con un mayor tiempo de diagnóstico logran identificar sus alucinaciones y reconocen que la experiencia de paranoia es producto de su condición (Ligardi & McWilliams, 2017).

Los estados somáticos sugieren que una persona en estado psicótico experimenta fenómenos anómalos relacionados al cuerpo. Por ejemplo, sensaciones de que la mente está desconectada de sus cuerpos, que las extremidades carecen de vida, o sensaciones de dolor, presión, calor, frío o pequeñas descargas eléctricas. En general, estas experiencias podrían estar comunicando una fragmentación del *self*, ya que se experimenta una incapacidad para organizar sus propias percepciones y afectos (Ligardi & McWilliams, 2017).

Además, el PDM-2 resalta el eje de los patrones de relación. En este factor, se explica que las múltiples fallas en el establecimiento de relaciones interpersonales pueden generar una sensación de fracaso inevitable en el desarrollo de vínculos. Además, se menciona que las personas con psicosis tienen dificultades para atribuir con precisión lo que otras personas

piensan o sienten, este fenómeno estaría asociado al fracaso en el establecimiento de vínculos interpersonales y eventos disruptivos en la primera infancia (Ligardi & McWilliams, 2017).

Del mismo modo, la falta de interacción social podría generar un intenso disgusto hacia uno mismo, ya que existe la creencia de que uno será rechazado o abandonado inevitablemente (Lingiardi & McWilliams, 2017). Dichas características, en consecuencia, podrían afectar a la familia y/o cuidadores debido a que se puede percibir que no pueden establecer vínculos con las personas con esquizofrenia; en este sentido, se puede generar sentimientos de miedo y angustia ante este escenario (Lingiardi & McWilliams, 2017).

De esta manera, la aproximación propuesta por el PDM-2 acerca de la esquizofrenia concuerda con el enfoque del psicoanálisis relacional. Desde esta perspectiva, para la comprensión de este trastorno se abordan factores como el apego y episodios disruptivos tempranos para explicar la etiología de la psicosis (Zaytseva et al., 2013). Así también, la esquizofrenia sería la estructura que se ubica en el lado más patológico de la psicosis debido a la profunda ruptura con la realidad (Stephenson, 2018). En este sentido, se concibe la psicosis como una estructura que se configura a través una serie de experiencias caracterizadas por la violencia y el abandono en la primera infancia (Renn, 2007). Además, estas primeras vivencias estarían vinculadas a la relación con un cuidador que frustró constantemente las necesidades del infante (Stephenson, 2018).

Del mismo modo, desde este enfoque relacional se resalta la relevancia de los cuidadores primarios para formar un espacio interno denominado como “microcosmo” del campo relacional, el cual sostiene la identidad y las futuras relaciones que pueda establecer el infante (Harder, 2014). En la psicosis, dicho proceso se habría visto interferido por los múltiples episodios traumáticos o desencuentros con el otro, donde el “microcosmo” se encuentra desestructurado. Es decir, aquel espacio interno y externo de sostenimiento es desconocido debido a los episodios de desencuentro con un otro (Binder, 2006).

De esta manera, los primeros modelos de relación de una persona con psicosis habrían estado marcadas por episodios donde se trató de entablar una conexión con un otro y se fracasó. A causa de ello, se habría producido un retiro hacia una realidad más subjetiva, dado que el mundo de las dinámicas interpersonales se habría percibido como amenazante e intrusiva para el *self* (Ligardi & McWilliams, 2017; Slipp, 1973). Desde este enfoque, los síntomas podrían operar como defensas primarias o mecanismos de afrontamiento para tolerar aspectos del mundo interno o externo que son vividos como insoportables (Stephenson, 2018). De la misma forma, los signos de este trastorno estarían funcionando como un medio para comunicar a un otro que el yo se encuentra en una desorganización

continúa y existe una lucha interna para mantener una cohesión (Renn, 2007; Stephenson, 2018). Entonces, desde esta perspectiva se hipotetiza que las experiencias disruptivas contribuyen para explicar la aparición de la psicosis como una respuesta ante el estrés abrumador; así también, se reconoce que un aparato biológico sensible es un factor para tomar en cuenta en este fenómeno (Renn, 2007).

Como se evidencia, un aspecto primordial del enfoque relacional del psicoanálisis es la incorporación del análisis de factores contextuales y relacionales para indagar en la dinámica y etiología de la esquizofrenia (Coderch, 2010). Según Stephenson (2018), es importante considerar la dimensión relacional de los síntomas, el cual proporciona una mayor comprensión del contenido de las alucinaciones. De esta forma, dicha dimensión de las alteraciones perceptuales podría referir a la interacción con un otro internalizado, lo cual ubica en primer plano a la vivencia intersubjetiva y relacional de la esquizofrenia. Entonces, se plantea que esta condición patológica moldearía progresivamente las dinámicas de interacción con el *self* y la relación con un otro (Lingiardi & McWilliams, 2017).

En este sentido, se puede evidenciar que el psicoanálisis relacional propone un enfoque distintivo para comprender la esquizofrenia (Lingiardi & McWilliams, 2017). Según esta perspectiva, los fenómenos psíquicos y comportamientos (afectividad, psicopatología, sexualidad, entre otros) son comprendidos como experiencias interactivas, en la que las relaciones con los otros son una parte constitutiva y primordial (Marín, 2014). En esa lógica, el desarrollo y expresiones clínicas de la esquizofrenia se manifiestan a través de configuraciones relacionales; los cuales consisten en aquellas múltiples formas particulares de interacción que van moldeando las representaciones del *self*-otro y las dinámicas de relación en sí mismas (Renn, 2007; Stephenson, 2018).

En esta línea, las configuraciones relacionales se proponen como un constructo relevante que permite aprehender los patrones de relación que organizan las experiencias interpersonales de la persona (Villarán, 2020). Una de las premisas para la articulación del constructo, el cual integra diversos enfoques teóricos dentro del psicoanálisis, refiere que la mente se constituye por una serie de esquemas o patrones. Entonces, las configuraciones serían el resultado de la interacción con los otros en el mundo (Mitchell, 1988).

En este sentido, la mente es definida bajo patrones transaccionales y estructuras internas derivadas de un campo interpersonal interactivo (Mitchell, 2000). Así también, la mente se desarrollaría con base en aquellas experiencias interpersonales desde la infancia; de hecho, la existencia del individuo se basa en estas interacciones (Mitchell, 1988). Asimismo, la mente solo puede ser comprendida como producto de experiencias interactivas; es decir,

estaría constituida por variables relacionales (Marín, 2014; Mitchell, 2000). De esta forma, existirían formas predominantes de relacionamiento que se manifiestan en las interacciones cotidianas con diferentes personas (Bedoya, 2012; Chambel, 2019). Entonces, fenómenos como la psicopatología son ejes que organizan y construyen bidireccionalmente las configuraciones relacionales (Lyons-Ruth; 2010). Es decir, dichas configuraciones se reafirman constantemente en la interacción con un otro y componen el “saber” implícito de las relaciones interpersonales (Chambel, 2019).

Del mismo modo, Mitchell (1988) propone que la matriz relacional o configuraciones relaciones constan de tres elementos interdependientes: el *self*, el otro y el espacio entre ambos. Se plantea que no hay algo como “objeto” u otro, en un sentido psíquico significativo, sin el sentido especial de uno mismo en relación con él. De la misma forma, no habría sentido o concepción de un “yo” aislado de una matriz de relaciones con los demás; ni se puede comprender un sentido de *self* y objeto sin tener en cuenta un espacio psíquico en que interactúan. Estos elementos están entrelazados íntimamente y son constitutivos de la experiencia subjetiva de las personas; debido a ello, el estudio de las configuraciones relacionales debería de realizarse teniendo en cuenta que estos tres elementos son inseparables (Mitchell, 1988).

Bajo esta perspectiva, la esquizofrenia puede ser entendida como un suceso relacional, debido a que esta condición se podría estructurar en base a factores interpersonales como el apego; en este sentido, la sintomatología puede ser explorada desde un enfoque centrado en las relaciones (Lingiardi & McWilliams, 2017). Entonces; por un lado, existen investigaciones que exploran factores relacionales subyacentes a esta condición. Korver et al. (2013) realizaron una revisión sistemática de 29 estudios de casos clínicos durante el 2011 con un total de 1362 participantes, y obtuvieron como resultado que el estilo de apego inseguro evitativo y desorganizado está relacionado con la aparición de la psicosis. Es decir, aquellas experiencias primarias que configuran los estilos de apego tienen un papel primordial para el establecimiento de la esquizofrenia. Del mismo modo, se muestra que los mecanismos de defensa, como la disociación, prevalecen frente a estas experiencias de apego para conservar la organización del *self* (Brown, 2017; Moskowitz, 2018). El apego¹ inseguro, según Brown (2017), podría facilitar que las personas sean más susceptibles al uso de

¹ La teoría del apego es explicada como una forma particular y esencial de interacción. Este fenómeno se compone de un objeto de apego, un sujeto con tendencia hacia un apego y la intersubjetividad. De la misma forma, según lo propuesto por Mitchel (2000), estos elementos se asemejan a las dimensiones de una configuración relacional. Además, se propone que dicho esquema se actualizará con el paso del tiempo y las relaciones interpersonales subsecuentes (Mitchell, 2000).

mecanismos de defensas patológicos que caracterizan la psicosis. Entonces, se propone que el apego es importante para el procesamiento de la información que viene del exterior, mentalización y el desarrollo de relaciones interpersonales (Korver et al., 2013).

Por otro lado, investigaciones clínicas realizadas con personas diagnosticadas con esquizofrenia, en un contexto de psicoterapia, evidenciaron que las configuraciones o patrones de relación se caracterizaban por el retraimiento de las relaciones interpersonales y la pérdida de contacto con la experiencia de uno mismo. En estos estudios, los autores explican que las experiencias primarias disruptivas que se reportaron en el historial clínico de los participantes podrían determinar esta forma particular de relacionarse con los demás. No obstante, también se observó que los deseos para establecer relaciones interpersonales se mantienen, pero este deseo se contrapone ante una percepción de un otro como frustrados debido a esas experiencias tempranas de abandono o violencia. (Lysaker & Lysaker, 2005).

Otro estudio clínico realizado por Bradfield y Knight (2008) con cinco personas con esquizofrenia paranoide reportan como principal hallazgo la fragmentación del yo. Al respecto, se explica que las personas con esquizofrenia se encontrarían en un estado de desorganización, por lo cual usarían mecanismos primarios para evitar una mayor desintegración del yo como la disociación. Esta falta de organización evidenciaría una aparente incapacidad de la persona con esquizofrenia para apreciar a un otro con deseos y pensamientos propios (Bradfield & Knight, 2008).

Además, investigaciones llevadas a cabo por Binder (2006) y Stephenson (2018) refieren que las alucinaciones podrían simbolizar aquellos episodios de violencia o abandono durante etapas primarias del desarrollo. En este sentido, se reporta que las experiencias disruptivas ocasionaron un resquebrajamiento del *self* de la persona. Este fenómeno de desorganización del *self* se podría expresar a un otro a través de estas alucinaciones, debido a que este sería un mecanismo para evocar aquellas experiencias relacionales traumáticas. De esta manera, los delirios podrían ser una vía para comunicar aquellas vivencias tempranas y sus repercusiones en la psique de la persona (Binder, 2006; Stephenson, 2018).

En síntesis, una mirada desde el psicoanálisis relacional nos brinda nuevos horizontes para el análisis de aquellos síntomas y experiencias primarias que caracterizan a la esquizofrenia paranoide. Entonces, desde el psicoanálisis relacional, se hace la inclusión de otros factores ambientales y ejes de la experiencia intersubjetiva para profundizar en las explicaciones sobre la etiología y dinámica de esta condición. Del mismo modo, se le otorga un valor primordial a las relaciones para la comprensión de este trastorno, dado que a través de ellas se puede hallar un sentido a aquellos síntomas que podrían referir a experiencias

previas traumáticas. Precisamente, la psicopatología se compondría de aquellas experiencias que se dan a cabo día a día en la interacción con los demás (Lingiardi & McWilliams, 2017). En este sentido, las personas con esquizofrenia mantendrían formas particulares de interacción y de vivenciar estas dinámicas; por lo cual, indagar en las configuraciones relacionales es un aspecto importante a seguir explorando. De esta forma, se puede complementar las aproximaciones hechas por la psiquiatría, donde se exploran principalmente la condición sintomatológica.

A partir de lo anterior esta investigación tuvo como objetivo describir las configuraciones relacionales en personas diagnosticadas con esquizofrenia paranoide. En este sentido, la presente investigación se realizó bajo una postura que reconoce que la esquizofrenia no es un fenómeno que se experimenta de manera homogénea en todas las personas (Leavy, 2014). Por este motivo, se plantea que la vivencia del trastorno se encuentra íntimamente vinculada a las experiencias individuales de los sujetos. En esta línea, el estudio se ubica dentro del marco epistemológico de la fenomenología, ya que se propone comprender las configuraciones relacionales desde la experiencia subjetiva de la persona. De esta forma, el investigador asume un rol empático y receptivo para abordar la dimensión fenomenológica de las personas, teniendo en consideración el contexto en el que se desenvuelven las personas (Willig, 2013).

En este sentido, dado que nos interesa conocer la riqueza y profundidad de las vivencias de los sujetos con esquizofrenia paranoide, se optó por investigar siguiendo una metodología cualitativa. Por un lado, este enfoque nos permite comprender la subjetividad de los participantes con respecto a un fenómeno y profundizar en sus experiencias (Creswell et al., 2007; Leavy, 2014). Por otro lado, los estudios cualitativos son relevantes cuando el tema de estudio ha sido poco explorado en un grupo social específico (Hernández et al., 2014). Finalmente, la presente investigación se llevó a cabo siguiendo el diseño de casos múltiples, debido a que nos permite profundizar acerca de un fenómeno en un número pequeño de participantes, donde cada caso representa una subjetividad particular y compleja (Patton, 1990). Además, el abordaje de estudio de casos implica una descripción detallada de cada caso y el contexto en el que se encuentra inmerso (Yin, 2014).

Método

Participantes

El presente estudio contó con la participación de dos personas mayores de edad diagnosticadas con esquizofrenia paranoide de acuerdo con la Clasificación Internacional de Enfermedades en su décima edición (CIE-10) (OMS, 2008). Ambos participantes se encontraban recibiendo psicoterapia y tratamiento psicofarmacológico, en distintas instituciones de salud mental de Lima Metropolitana. Con relación al número de casos, se tomó en cuenta lo propuesto por Creswell et al. (2007), los cuales sugieren el uso de un máximo de cuatro casos para describir adecuadamente un fenómeno y analizar cada caso sin obviar aspectos primordiales.

En relación con los criterios de inclusión, se consideró que los participantes presenten un diagnóstico de esquizofrenia paranoide de acuerdo con la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10). Con este diagnóstico, se aseguró que los participantes conservarán recursos cognitivos como el lenguaje, atención y memoria, lo cual permitió llevar a cabo las entrevistas satisfactoriamente (Patel et al., 2014). Asimismo, los participantes de la investigación debían estar recibiendo tratamiento psicofarmacológico desde hace más seis meses como mínimo. De este modo, se pudo corroborar que las personas cuentan con un apoyo social o un cuidador que vela por su integridad física y mental, y se logró identificar que existía adhesión a un tipo de tratamiento farmacológico.

Además, los participantes debían de haber completado sus estudios secundarios, lo cual podría favorecer la comprensión respecto a las consignas e implicancias de su participación en la investigación. Aunado a ello, los participantes debían de haber transcurrido por, al menos, un episodio de crisis, y que en el momento de la investigación se encontraran en una etapa de remisión sin síntomas negativos. Este aspecto fue importante para corroborar que los participantes se encuentran en un estado más accesible para el diálogo e interacción (Patel et al., 2014).

Como criterios de exclusión, se consideró que los participantes no se encontraran en un internamiento de corto o largo plazo en alguna institución de salud mental, de esta forma se aseguró que los participantes no estuvieran en etapas críticas de su condición (Pérez, 2017). En esta línea, se excluyeron a aquellas personas que presentaron un deterioro cognitivo severo o con alguna manifestación de síntomas psicóticos. De esta manera, los participantes debían de estar en una condición estable de transcurso del trastorno mental (Humphreys, 2017).

Teniendo en cuenta dichos criterios, se contó con la participación de Luis, un hombre de 57 años, proveniente de Lima. Durante el proceso de investigación, el participante se encontraba viviendo con su madre (cuidadora principal) y no contaba con un trabajo estable. En cuanto a la composición familiar, es el tercero de cuatro hermanos. Asimismo, la cuidadora principal comentó que el participante mantuvo una conducta semejante a un “retraimiento social” desde pequeño. La madre del participante explicó que su hijo prefería tener un círculo social más pequeño en comparación con su hermano mayor. Además, se mencionó que el participante disfrutaba más de actividades que podía realizar por sí mismo. En este sentido, Luis refirió que se dedicaba a hacer labores domésticas y hacer dibujos abstractos.

Además, Luis tiene un grado de instrucción superior incompleta. Al respecto, el participante logró ingresar a una universidad privada de Lima. Sin embargo, tuvo que retirarse de este centro de estudios dado que, cuando tenía 20 años y cursaba los primeros semestres de la universidad, acontecieron los primeros episodios psicóticos. De esta forma, Luis fue internado en un hospital de Lima, donde se le diagnosticó esquizofrenia paranoide. Los síntomas, en el caso de Luis, se expresaron mediante creencias de estar controlado por otras personas y la existencia de una voz inquisitoria. En este sentido, el participante viene recibiendo desde hace 37 años tratamiento psicofarmacológico para controlar los episodios psicóticos.

Del mismo modo, se contó con la participación de Paco, un hombre de 22 años, proveniente también de Lima. Al momento de la entrevista, el participante se encontraba viviendo con sus abuelos maternos y no contaba con un trabajo estable. En el proceso de investigación, Paco mencionó que ya no vive en la casa de su mamá desde que acontecieron los primeros brotes psicóticos. En esta línea, Paco salió de su casa debido a que su madre le reclamaba acerca de sus planes a futuro, lo cual causaba conflictos entre ellos. Además, según expresó su madre, el participante se caracterizó por tener un círculo de amigos cerrado, al igual que en el caso de Luis. Del mismo modo, mencionó que Paco presentaba una dificultad para comunicar sus emociones o alguna experiencia vivenciada con sus pares.

Durante la investigación, Paco comentó que hubo un accidente que marcó considerablemente el transcurso de su desarrollo. Cuando tenía 11 años, Paco se lastimó gravemente los genitales mientras jugaba con otros niños, lo cual produjo que fuera intervenido quirúrgicamente para extirpar uno de sus testículos. Ello debido a que, según Paco, su padre no evaluó adecuadamente la gravedad del hematoma. Este episodio, de acuerdo con su madre, produjo un retraso en el curso de sus estudios del colegio. De esta

forma, el participante mencionó que nunca fue un estudiante aplicado y tuvo que terminar su instrucción básica en un colegio de modalidad “acelerada”.

Cuando Paco cumplió 20 años consiguió un trabajo temporal como administrador de unas cabinas de internet, las cuales quedaban cerca a la casa de sus abuelos. En ese contexto, el participante comentó que tuvo conflictos en su trabajo y con sus abuelos, lo cual habría ocasionado los primeros episodios psicóticos. En dichos episodios, el participante decía escuchar voces que lo humillaban y menospreciaban. Frente a ello, su madre tuvo que internarlo en un hospital de Lima y fue diagnosticado con esquizofrenia paranoide. Desde ese momento, Paco empezó a tomar medicamentos que controlan sus síntomas y asiste a un hospital de salud mental de Lima para recibir apoyo psicológico.

En cuanto a los aspectos éticos, se aseguró que los participantes comprendieran la naturaleza y objetivos de la investigación. Asimismo, se expresó en todo momento que su participación era voluntaria y que contaban con la posibilidad de finalizar el proceso sin perjuicio alguno. Además, la labor del investigador en el campo fue la de asegurar que cada participante se encuentre en condiciones de entender y valorar el significado de las consignas. En este sentido, todos los participantes fueron mayores de edad y con la capacidad de definir la participación voluntaria.

Del mismo modo, se cuidó la confidencialidad y anonimato de las personas. Por un lado, se aseguró que las entrevistas fueran realizadas en un ambiente tranquilo y seguro. Por otro lado, se les asignó pseudónimos y no se incluyeron características que pudieran revelar su identidad. Además, se elaboró un consentimiento informado (Anexo A), el cual fue leído con cada participante y su cuidador para que conozcan la finalidad e implicancias del estudio. Del mismo modo, se usó una carta de invitación para el cuidador (Anexo E), el cual debía ser firmado por el familiar para continuar con el proceso. De esta forma, se les explicó que la información recolectada sería usada únicamente para la presente investigación y las publicaciones que deriven la misma. Además, se señaló el uso de una grabadora de voz con la finalidad de conservar cada detalle de las entrevistas y fueron de uso estricto del investigador. También, se comunicó a las personas y a sus cuidadores que se llevará a cabo una devolución de resultados. En dicho momento, se conversarán sobre los resultados de la investigación, y se brindará información sobre espacios de integración que contribuyan con el desarrollo de habilidades interpersonales. En cuanto a los cuidadores, se podrían incluir recomendaciones generales y contactos con otras instituciones de ser necesario. De este modo, se sigue con el criterio de beneficencia que exige cada intervención con seres humanos (Engelhardt, 1995).

Estos aspectos éticos fueron y serán garantizados mediante un cuidado

constante del investigador a través de todo el proceso de investigación. Así también, el investigador tuvo un rol activo a lo largo del proceso siendo sensible a cualquier situación que deviniera en sensaciones de incomodidad para el participante.

Técnicas de recolección

Por un lado, como herramienta para recolectar información general del participante se utilizó una ficha de datos sociodemográficos (Anexo C) con la cual se obtuvieron datos que corroboraron los criterios de inclusión. En esta ficha se consignó el sexo, edad, lugar de nacimiento, grado de instrucción, estado civil, ocupación, edad de diagnóstico, tiempo y frecuencia de la medicación, y tiempo de asistencia a consulta externa.

Por otro lado, con el objetivo de entender la experiencia de vivir con esquizofrenia y las relaciones significativas de los participantes se usó una entrevista semiestructurada, la cual estuvo compuesta por dos ejes temáticos. El primer eje fue “La vivencia subjetiva de la esquizofrenia”, la cual buscaba comprender la perspectiva de la persona respecto a su condición. El segundo eje fue “La experiencia de relación con el *self* del participante y con sus otros significativos”, la cual exploró aquellas relaciones más significativas profundizando en el significado y el valor otorgado por el participante.

De esta forma, la guía de entrevista (Anexo B) fue elaborada en base a la revisión bibliográfica y la discusión con los miembros del Grupo de Investigación en Psicoanálisis de la Pontificia Universidad Católica del Perú. Del mismo modo, si bien esta guía de preguntas poseía una secuencia y estructura, se priorizó el flujo espontáneo de las expresiones de cada participante (Hernández, Fernández & Baptista, 2014)

Aunado a ello, se utilizó la entrevista Paradigma de Anécdotas Relacionales (RAP por sus siglas en inglés; Luborsky, 1998) (Anexo D) con el fin de explorar aquellas narrativas que acontecen con relación a un otro fuera del contexto psicoterapéutico (Luborsky, 1998). La entrevista RAP es un instrumento que forma parte de un método para describir las configuraciones relacionales de las personas. Asimismo, la consigna del RAP fue empleada satisfactoriamente en estudios sobre configuraciones relacionales de adultos en psicoterapia (Barber et al., 2002; Connolly et al., 2000) y en individuos que no llevan un proceso de psicoterapia (Raz et al., 2007; Wiseman & Barber, 2004).

Mediante dicho instrumento, el participante es libre de relatar diez eventos que sean significativos o presenten alguna situación difícil para la persona. Para ello, la persona tiene que describir de manera detallada lo que pasó en ese momento, incluyendo detalles de los comentarios y reacciones de las personas involucradas. Este proceso tiene una duración entre

30 y 50 minutos por participante (Luborsky, 1998). Asimismo, para el presente estudio se utilizó la traducción utilizada por el grupo de Investigación en Psicoanálisis de la PUCP.

Procedimiento

Por un lado, el contacto con el primer participante (Luis) se logró mediante la red de contactos del investigador. En este sentido, se realizaron las comunicaciones pertinentes para asegurar de que el participante cumpliera con los criterios de inclusión y se pudo corroborar la disposición de Luis para la realización de las entrevistas. Por otro lado, el contacto con el segundo participante se realizó a través de un centro de salud mental que atiende por consulta externa a personas con un diagnóstico de esquizofrenia paranoide. De esta manera, se gestionó el permiso para acceder a un grupo de personas con este diagnóstico y se realizó una reunión con la encargada del área, donde se le brindó información sobre los objetivos, procedimiento e implicancias éticas de la investigación.

Posteriormente, en colaboración con una psicóloga del área de consulta externa se identificó al posible participante que cumplía con los criterios de inclusión. De esta forma, se aseguró que el participante se encontraba en condiciones seguras y estables para no generarle alguna incomodidad o impacto negativo con el abordaje. Asimismo, la psicóloga del área corroboró que hubiera disponibilidad de un ambiente adecuado para llevar a cabo las entrevistas.

En ambos casos, se abordaron a los participantes y a sus cuidadores principales; de esta forma, se les brindó la carta de invitación (Anexo E) para explicarles el objetivo de la investigación, las actividades a realizar y las implicancias de su participación. Luego, cuando el participante accedía a participar de la investigación, se procedió a leer el consentimiento informado junto con su familiar aclarando cualquier duda sobre la investigación. Se aseguró en todo momento que los participantes y sus cuidadoras hayan comprendido el objetivo de la investigación y los aspectos éticos de la investigación. Posteriormente, los participantes procedieron a firmar el consentimiento. A partir de ello, se recolectaron verbalmente los datos sociodemográficos y fueron consignados en la ficha de datos por el investigador (Anexo C)

Posteriormente, en la primera sesión, se llevó a cabo la entrevista semiestructurada en un ambiente cómodo y seguro, la cual fue grabada con el consentimiento del participante. Al finalizar el encuentro, se hizo un cierre rescatando las ideas más importantes y se preguntó cómo se encontraba el participante individualmente. En este sentido, se brindó un espacio de

escucha para solventar cualquier duda o algún comentario que puedan surgir en cualquier momento de las entrevistas.

En la segunda reunión de ambos participantes, se llevó a cabo la entrevista RAP (Luborsky, 1998). Al igual que en la sesión anterior, se mantuvo un ambiente de confianza para facilitar la evocación de los episodios más significativos. Asimismo, la sesión fue grabada y al término se realizó un cierre de lo comentado. Finalmente, se les agradeció a ambos individualmente por el involucramiento en el proceso y la colaboración en la investigación.

El trabajo de campo fue llevado a cabo en un lapso de seis semanas. Las grabaciones fueron transcritas literalmente resguardando en todo momento el anonimato de las personas. Además, es importante acotar que, a lo largo de este proceso, el investigador trató de establecer una relación de confianza y horizontal con los participantes, lo cual favoreció la expresión de experiencias y pensamientos.

Análisis de la información

Para el análisis de la información, se inició con la familiarización de la data a través de una lectura minuciosa de las transcripciones (Braun & Clarke, 2006). Posteriormente, se utilizaron los lineamientos propuestos por el método CCRT-LU-S (Espinosa & Valdés, 2012) para identificar y delimitar los Episodio Relacionales (ERs). Los ERs, según la metodología CCRT-LU-S, se entienden como aquellos momentos en el que acontece una interacción con un otro o con uno mismo (Espinoza & Valdés, 2012). En este proceso, en caso de que un ER refería a más de un objeto (persona de interacción), se eligió aquel Objeto más predominante o al que se dirija un mayor número de deseos o respuestas. Además, luego de identificar una interacción, se observó en algún cambio temático, de tiempo o del objeto de interacción para delimitar el final del episodio. Una vez determinado el fin de la interacción, se buscó hacia atrás para encontrar el inicio del tema relacional (Espinoza & Valdés, 2012). Para el objetivo del presente estudio, se rastrearon todos los ERs que se encontraron en la entrevista semiestructurada y el RAP.

Al finalizar esta tarea, se procedió a realizar un análisis temático deductivo-inductivo (Braun & Clarke, 2006). Para la categorización deductiva, se usaron las categorías propuestas en el método CCRT-LU-S; es decir, el Deseo (D), la Respuestas del otro (RO) y la Respuesta del *Self* (RS), debido a que estas son una manera de operacionalizar las configuraciones relacionales (Luborsky, 1998). Posteriormente, se llevó a cabo una categorización inductiva de las categorías previamente establecidas, la cual se caracteriza por una elaboración de

categorías emergentes según el contenido explícito (etiquetas tailor made) (Braun & Clarke. 2006). En este sentido, se recogió el sentido de los Deseos (D), las Respuestas del Otro (RO) y las Respuestas del Self (RS), así como las representaciones del *self* y del otro. Finalmente, se llevó a cabo una articulación temática de las representaciones del *self*, del otro, y la interacción entre estos (deseo, respuesta del otro y respuesta del *self*); de este modo, se logró identificar las configuraciones relacionales de cada participante.



Resultados

A continuación, se presentarán los resultados encontrados de acuerdo con el objetivo propuesto, el cual es describir las configuraciones relacionales encontradas. Por lo cual, se abordará, en primer lugar, las dos configuraciones relacionales transversales presentes en ambos participantes. En segundo lugar, se presentará una configuración relacional prevalente en cada uno de los participantes.

Configuraciones relacionales transversales

La primera configuración relacional transversal (ver Tabla 1) surge de una representación del *self* como frágil y carente. Dicha representación estaría construida por las experiencias personales donde no se concretaron los deseos y objetivos de los participantes a causa de la esquizofrenia. Asimismo, la construcción de este *self* estaría caracterizado por la carencia de un estado de bienestar, lo cual habría sido ocasionado por el trastorno.

“Son dibujos que los hago así nomás, es que no me sale otra cosa porque como estoy mal de la cabeza, es lo único que puedo hacer [...]” (Luis, entrevista RAP, 180-181).

Frente a dicha representación del *self*, se construye una representación del otro caracterizada por la posesión de recursos y capacidades. En este sentido, la percepción del otro se forma a partir del soporte que éste le puede brindar que otorga a los participantes. Es decir, el otro sería representado con una capacidad para satisfacer los deseos de la persona.

Tabla 1

Configuración Relacional Transversal: Self Carente-Otro Poseedor

Self	Interacción			Otro
	D	RO	RS	
Carente y Frágil	Ser reconocido y apoyado	Reconocimiento y apoyo	Bienestar, satisfacción	Poseedor y proveedor de recursos
		No te reconozco y no te apoyo	Resignación, retraimiento	

En esta interacción *self*-otro, surge el deseo de reconocimiento y apoyo, dicho deseo expresa que el *self* percibe dificultades para concretar sus objetivos, y no es reconocido por los demás porque no puede alcanzar algún objetivo. En esta línea, se evidencia que el *self* de las personas se caracteriza también por la fragilidad originada por la experiencia de vivir con la esquizofrenia y otras experiencias personales. Entonces, se evidencia que la condición de la patología se percibe como una barrera que impide la satisfacción de necesidades y deseos del *self*. Frente a este deseo de reconocimiento y apoyo, surgen dos respuestas del otro cualitativamente distintas. En primer lugar, cuando los otros reconocen y brindan apoyo al *self*, los participantes manifiestan emociones ligadas al bienestar personal. Asimismo, se sienten satisfechos consigo mismos, debido a que la persona ha sido reconocida como alguien que también tiene recursos y capacidades. Por ejemplo, en el caso de Luis, esta interacción suele presentarse en la relación con su hermana, la cual es representada como alguien que provee apoyo y reconocimiento. Dicha interacción provee de un sentido de bienestar y satisfacción consigo mismo al participante.

“L: Yo estoy haciendo mis dibujos, tengo unas cartulinas donde hago mis dibujos con plumones, hago eso bastante y se lo he vendido a mi hermana mis dibujitos pe.

E: ¿Qué te dice ella?

L: Que son bonitos pues, que son dibujos abstractos entonces ya me gustan, y ella lo vende cada cuadrito a diez soles [...] yo se los vendo a mi hermana para que ella me pague diez soles por cada dibujo. Así ya tengo mi plata para comprarme mi camisa y mi polo que me compro.” (Luis, entrevista RAP, 99-111).

Por otro lado, partiendo del mismo deseo de reconocimiento y apoyo, surge un segundo escenario en la configuración relacional donde las respuestas por parte del otro involucran el no reconocimiento y falta de apoyo hacia el *self*. Dichas respuestas implican ignorar el deseo de los participantes, soslayando sus capacidades. En dicho caso, surgen como respuestas del *self* la resignación y retraimiento, lo cual implica que se aparten de sus vínculos interpersonales y el abandono de sus objetivos. En este sentido, la respuesta negativa del otro es experimentada como un evento desestabilizador, ya que afecta el bienestar y organización del *self*. Por ejemplo, en el caso de Paco, este comenta una experiencia donde percibió una falta de apoyo y reconocimiento. Posteriormente, el participante responde abandonando sus actividades cotidianas y sus objetivos.

“Cuando estuve estudiando no pude hacerlo bien [...] el trabajo y todo como me ‘ajetreé’. Yo trabajaba por la mañana y tenía un compañero que tenía que venir por la tarde. Entonces, él venía al siguiente turno pero se demoraba en venir, de lo que tenía que venir a las 3:55, él llegaba 4:15 y una vez llegó 5:30, y me descuadraba todo [...] Yo vivía cerca pero como que no tenía las horas de descanso para repasar y descansar. Como que me cansaba y no podía rendir bien [...] terminé saliendo de eso y estuve un tiempo más en el internet y me retiré.” (Paco, entrevista RAP, 236-242)

En cuanto la segunda configuración relacional transversal, esta se origina desde la misma representación del *self* como carenciado (ver Tabla 2). En esta configuración, el objeto de interacción es otra representación del sí mismo, donde se percibe como alguien que también es capaz de realizar lo que se propone y satisfacer sus propias necesidades.

“Yo antes de ingresar a una universidad privada de Lima, yo mismo construí un escritorio. Así que ya tenía que estudiar sobre mi escritorio, eso me sirvió para hacer mis cursos de ingeniería [...]” (Luis, entrevista RAP, 98-99)

Tabla 2

Configuración Relacional Transversal: Self Carenciado-Capaz

Self	Interacción			Self
	D	RS	RS	
Carenciado y Frágil	Ser una persona capaz	Tienes que seguir adelante/ puedes ser capaz	No puedo, me estanco	Capaz de seguir adelante

En esta configuración relacional transversal, desde el *self* carenciado y frágil, surge un deseo hacia el *self* de ser una persona con capacidades, el cual consiste en querer establecer objetivos, lograrlos y seguir así con su vida. Frente a ello, la respuesta que surge de la representación del *self* como carenciado vuelve a señalar que él mismo tiene debilidades y se encuentra en una situación de estancamiento debido a la esquizofrenia. Dicha interacción se resuelve con otra respuesta del *self* dirigida a su *self* capaz, donde se expresa que la persona, a pesar de la sensación de estancamiento, también puede ser capaz de sobreponerse a las

condiciones adversas. Por ejemplo, en el caso de Paco, dicha interacción consigo mismo surge cuando comenta acerca de la esquizofrenia y sus percepciones.

“P: Me he quedado estancado, durante todos estos dos años como que recién he retomado la idea de volver a estudiar pero no me decido bien qué tomar.

E: Esta sensación de estar estancado, ¿cómo es?

P: Como que perdí el tiempo [...] más que todo reacciono, quiero seguir adelante ya, han pasado dos años y sigo en lo mismo [...] tengo que hacerlo aunque no me guste o me sienta incómodo para poder avanzar y seguir adelante ya, para poder estudiar y seguir con mi vida.” (Paco, entrevista Semi-estructurada, 135-144)

Configuraciones relacionales particulares en los participantes

En primer lugar, la configuración relacional prevalente del participante Paco (ver Tabla 3) evidencia una representación del *self* como invadido y perseguido. Dicha representación abarca la concepción de un *self* que no ha logrado satisfacer sus deseos y se siente frustrado en su intento por conseguir un objetivo. A su vez, esta construcción de *self* implica la existencia de una representación del otro como persecutor, debido a que se percibe al otro como alguien que va a frustrar constantemente al *self* y que no va a permitir que cumpla con sus deseos. En esta línea, también surge la representación del otro como invasor de los límites personales del sí mismo, lo cual implica que el *self* se perciba como perseguido por la presencia intrusiva del otro.

Tabla 3

Configuración Relacional Prevalente de Paco: Self Perseguido-Otro Persecutor

Self	Interacción			Otro
	D	RO	RS	
Perseguido	Ser autónomo	Invade, no respeta los límites del <i>self</i>	Resignación, incapaz para poner límites	Persecutor/ invadir límites
	Que otros respeten mis decisiones		Resistencia, establece límites	

En la relación entre el *self* perseguido y un otro persecutor, surge un deseo de autonomía y respeto en relación a las decisiones propias. Dicho deseo implica el

establecimiento de límites del *self*, ya que se trata de evitar que un otro frustre los objetivos establecidos por el *self*. Sin embargo, en esta interacción, la respuesta del otro persiste en la irrupción y trata de imponer sus normas. Frente a ello, surgen dos posibles respuestas del *self*. Por un lado, surge la resignación debido a que el *self* perseguido no puede lidiar con las reiteradas irrupciones del otro. Ante ello, el *self* acaba permitiendo la frustración de sus deseos. Por ejemplo, dicha dinámica se representa en una interacción llevada a cabo con la familia de Paco en un momento donde el participante necesitaba pensar acerca de lo que quería para sí mismo y sus objetivos.

“Quería cambiar de aires digamos y se me dio la idea de irme a provincia a trabajar y empezar de nuevo digamos, pero estaba indeciso. En diciembre para casi 25 de diciembre fue, decidí salir con la excusa de irme a donde vivían los abuelos de parte de mi padre y me fui a un hostel y estuve pensando. Mis abuelos se preocuparon y me llamaron, me llamaron, me decían que era un malagradecido y por qué hacía eso. Mi papá y mi mamá también llamaron porque yo no hacía eso, no era tan impulsivo como dicen. Supuestamente me iba a ir a provincia, pero no me cuadraba el dinero, no había estudiado nada y era difícil. Me pensaba ir a Cusco pero en eso que estaba indeciso, me fui a la casa de mis abuelos de parte de mi padre y bueno ya sabían donde estaba.” (Paco, entrevista RAP, 247-260).

Por otro lado, una segunda respuesta del *self* frente a la invasión del otro es la resistencia. En este sentido, el *self* hace el intento de lidiar con la frustración ocasionada por un otro mediante el establecimiento de barreras y ejerciendo un distanciamiento de sus vínculos sociales. La presente interacción se puede evidenciar, por ejemplo, en el relacionamiento que tiene el participante con sus padres, los cuales persistían en un tratamiento psiquiátrico que Paco no deseaba. De esta forma, se aprecia que el participante trata de establecer límites como una forma de lidiar con la persecución de los otros e intentando de que prevalezcan sus deseos.

“Ahí empezaron las voces y todo, y se empezaron a dar cuenta [...] me aislé y no quería salir. Me llevaron al médico, pero lo hacía de mala gana, no quería ir, y cuando me llevaron solo estuve por un tiempo corto, unas cuantas sesiones y después me salí, dejé de ir [...] estuve terco en que no quería ir y así fue.” (Paco, entrevista RAP, 260-266)

Una segunda configuración relacional prevalente aparece en el caso de Luis (Tabla 4), la cual evidencia una representación del *self* como “bueno”. En dicha concepción, el ser alguien “bueno” implicaría una forma de actuar y pensar que sigue los parámetros relacionados a la religión católica. Por ejemplo, desde la perspectiva del participante, se destacan los preceptos de “amar al prójimo por sobre todas las cosas” y la necesidad de “no cometer pecados”. Asimismo, la construcción de la representación de este *self* se desarrolla a través de un proceso de identificación con el otro. En este sentido, la representación del otro se observa como “extremadamente bueno” y parece encontrarse en un estado de indiferenciación con el *self*. Es decir, desde las representaciones del participante, tanto el *self* como el otro poseen estrictamente la cualidad de “ser bueno” y se alinean a preceptos católicos.

Tabla 4

Configuración Relacional Prevalente de Luis: Self bueno-Otro Extremadamente bueno

Self	Interacción			Otro
	D	RO	RS	
Bueno No malo	Ser "bueno" siendo como el otro	Dicta cómo ser bueno y no pecador	Aceptación, Ser como el otro	Extremadamente bueno. "Eres bueno como yo"

En la relación *self* bueno y el otro extremadamente bueno, surge el deseo de querer ser bueno siendo como el otro. Dicho deseo expresa la necesidad de identificación con un otro, lo cual estaría llegando a un punto de indiferenciación entre el *self* y el otro. Posteriormente, la respuesta del otro reafirma las representaciones del participante acerca de lo que es bueno. En este caso, la respuesta del otro articularía aspectos acerca de la bondad ligada al perdón de los pecados, amor al prójimo y actos de “bien” según la religión católica. En respuesta, el *self* del participante lleva a cabo una incorporación de la respuesta del otro. En este sentido, dicha interacción evidenciaría una indistinción de las representaciones del otro y el *self*. Por ejemplo, en la siguiente cita se presenta la interacción de Luis con su hermana, la cual marca las concepciones de ser bueno y el participante puede identificarse en dichas representaciones.

“L: Con mi hermana todo bien, me lleva bien. Como es muy inteligente, como yo también soy inteligente nos llevamos bien entre nosotros [...] ella me dice también que uno tiene que ser bueno, uno tiene que tener pensamientos positivos para no cometer pecados y así no te vayas al infierno, sino al cielo. Tienes que tener buenos pensamientos, rezar a dios, ayudar a los demás, a tu prójimo y hacerle bien a los otros para tratar de estar bien contigo y con dios. Así que cuando te mueres ya no te vas al infierno, sino al cielo.

E: [...] Eso te dice.

L: Sí, eso me dice, y le digo que eso está bien, Lili.” (Luis, entrevista RAP, 148-158)

Asimismo, en las interacciones del *self*-otro se evidencia que las respuestas del otro involucra una concepción de ser “bueno” o “no pecador”. En este sentido, la respuesta del *self* evidenciaría una interiorización e identificación de dichas representaciones. En la siguiente interacción, por ejemplo, se muestra una situación donde el participante asiste a una misa para escuchar enseñanzas acerca del amor al prójimo según la religión católica. En dicho episodio, existe un otro (padre), el cual dice al participante que debe pedir perdón por los pecados y seguir con los preceptos católicos. En consecuencia, la respuesta del *self* implica una incorporación de la respuesta del otro o una identificación con el discurso, lo cual derivaría en un estado de indiferenciación entre el *self* y el otro.

“L: Escuchaba el sermón de la montaña [...] eso hablaban los curas [...] es lo que dijo Jesús pues, “no hagas a otros lo que no quieres que hagan contigo, amar a dios sobre todas las cosas y amar a tu prójimo como a ti mismo”. En eso está la base de cada vez que voy a misa [...]

E: Qué interesante, y ¿fuiste con tu papá a esta misa?

L: Sí [...] me decía pues que tengo que ir a misa todos los sábados para tratar de pedir perdón por nuestros pecados, amar a dios y amar a tu prójimo [...] yo tengo que ser bueno para así que te vaya bien en tus tareas [...] yo le dije este, hay que tratar de ser feliz para que esté bien tu corazón contigo mismo, o sea, siendo feliz tu corazón se alegra para ti mismo y uno siente mejor su ánimo haciendo cosas buenas y se siente feliz [...] me dijo que teníamos que escuchar con atención el sermón porque ahí estaba el mensaje que teníamos que seguir de Jesús, o sea amar a dios sobre todas las cosas y amar a tu prójimo como a ti mismo.” (Luis, entrevista RAP, 51-93).

Discusión

El objetivo del presente estudio fue describir las configuraciones relacionales de personas diagnosticadas con esquizofrenia paranoide. En este sentido, para esta investigación se optó por una metodología cualitativa con un diseño de casos múltiples, lo cual contribuyó con la exploración y profundización en las experiencias de los participantes (Creswell et al., 2007; Leavy, 2014). De esta forma, los resultados encontrados serán discutidos a partir del contraste con otros estudios cualitativos y evidencias clínicas psicoanalíticas que contribuyeron al conocimiento que se tiene sobre las personas con esquizofrenia y sus relaciones (Le Lievre et al., 2011; Lloyd et al., 2017; Lysaker, 2010; Ogden, 2014; Robertson et al., 2013; Stephenson, 2018). En primer lugar, se discutirán dos configuraciones relacionales que fueron transversales a ambos participantes; luego, se hará lo mismo con las configuraciones relacionales específicas de cada participante.

La primera configuración relacional transversal encontrada se caracteriza por representaciones del *self* como carenciado o frágil, el cual se vincula con un otro que es representado como alguien capaz de brindar soporte y reconocimiento. Dicha interacción, además, estaría mediada por un deseo de reconocimiento de parte del *self* hacia el otro. Esta configuración relacional concuerda con los resultados encontrados en una investigación cualitativa llevada a cabo por Le Lievre et al. (2011) en Australia, la cual encontró que las “experiencias de no ser reconocido por los otros” eran uno de los temas predominantes en siete adultos diagnosticados con esquizofrenia, lo cual generaba la percepción de que se carecía de algo valioso. Por ende, las experiencias de relacionamiento de las personas con esquizofrenia estaban marcadas por el deseo de que otra persona pueda proveerles de reconocimiento y brindar facilidades que les permitan satisfacer sus propias necesidades.

Asimismo, otras investigaciones coinciden en que las representaciones del otro como poseedor y proveedor de recursos para el *self* son un aspecto resaltante en los vínculos que establecen las personas con esquizofrenia (Sass, 2011; Shapiro, 2000). Al respecto, se propone que las personas con esquizofrenia experimentan una disminución del sentido de agencia, voluntad o intencionalidad, lo cual podría generar una sensación de limitación para llevar a cabo un objetivo, hacer una elección planeada y enfocar la atención (Sass, 2011; Shapiro, 2000). Entonces, dicha repercusión de la esquizofrenia provocaría la representación de un otro como alguien con la capacidad de brindar aquellos recursos que no posee el *self* y que puede ofrecer un reconocimiento a la persona como alguien que tiene recursos (Sass, 2011; Shapiro, 2000).

De la misma forma, la investigación llevada a cabo por Le Lievre et al. (2011) encontró que aquellas experiencias donde la respuesta del otro proveía reconocimiento o apoyo, tenía repercusiones favorables en el sentido de bienestar de la persona; de esta manera, se promovía también la cohesión del *self*. En este sentido, así como se evidencia en la primera configuración transversal encontrada, un otro que provee reconocimiento es un elemento importante para la organización del propio *self* y el bienestar psicológico de las personas con esquizofrenia (Le Lievre et al., 2011). Al respecto, algunas investigaciones desde la psicología social y comunitaria sugieren que el apoyo activo de los cuidadores hacia las personas con este diagnóstico facilita una mejor integración en sus actividades cotidianas, el trabajo y otras labores domésticas; por ende, un buen soporte familiar estaría relacionado con el desarrollo de habilidades sociales y un mayor bienestar subjetivo (Bellack, 2006; Lloyd et al., 2017; Robertson et al., 2013).

En congruencia con lo anterior, desde el psicoanálisis se propone que, en el caso de personas con esquizofrenia, un otro que reconoce puede facilitar equilibrio emocional y mayor auto-cohesión del *self* (Kohut, 1980; Pollack, 1989). Según esta propuesta, la interacción con un otro significativo durante las primeras etapas de la vida es una necesidad psicológica, y en el seno de dicha relación, se puede proveer de un sentido de estabilidad al *self* a través de la empatía y el reconocimiento (Pollack, 1989). Asimismo, dichas interacciones servirían para generar un balance homeostático a través de la internalización de objetos del *self* (Kohut, 1980). Por ende, la cohesión del *self* en las personas con esquizofrenia podría facilitarse mediante la interrelación con un otro que provee de un entorno flexible y empático; entonces, la persona podría internalizar dichas propiedades para establecer alguna cohesión e integración del sí mismo (Kohut, 1980).

Por el contrario, tal como se evidenció en la primera la configuración relacional transversal encontrada, cuando la respuesta del otro no brinda el reconocimiento o apoyo deseado por la persona con esquizofrenia, el *self* comienza un proceso resignación y retraimiento. Este resultado es congruente con lo encontrado en diversos estudios cualitativos con la misma población, los cuales remarcan que las experiencias de desencuentros con un otro son simbolizadas como vacíos relacionales (Le Lievre et al., 2011; Ogden, 2014). Con relación a ello, en la investigación realizada por Ogden (2014) se reportó que estos “vacíos relacionales” podrían afectar la capacidad del *self* para relacionarse con los demás. De esta forma, se explica que luego de los episodios de desencuentro surge la “necesidad de soledad”, la cual implica un marcado deseo de distanciamiento respecto a las relaciones sociales (Ogden, 2014).

En esta línea, Kohut (1980) y Ogden (2014) proponen que el distanciamiento del *self* con los otros y el mundo es un proceso que caracteriza una fase de la psicosis. El retraimiento y aislamiento estarían, entonces, simbolizando una conexión que fue perdida; es decir, una falla o desencuentro en la relación *self*-objeto (Kohut, 1980). Además, aquellos episodios donde ocurrieron desencuentros serían eventos muy significativos porque podrían generar una percepción de sí mismo como incapaz para establecer relaciones y la inevitabilidad de la ruptura de sus vínculos interpersonales (Hernández, 2008). En este sentido, el distanciamiento en la psicosis denotaría la existencia de un *self* en búsqueda de un otro que le brinde cohesión y reconocimiento (Renn, 2007; Stephenson, 2018).

La segunda configuración relacional transversal hallada en este estudio parte de la misma representación del *self* como carenciado. No obstante, a diferencia de la primera configuración, la interacción acontece con otra representación del sí mismo, la cual se encuentra representada como un *self* con la capacidad de concretar sus objetivos. Este resultado es congruente con lo encontrado en el estudio cualitativo llevado a cabo por Le Lievre et al. (2011) donde se encontró que un grupo de participantes narraron momentos donde pudieron cumplir sus metas y alcanzaron un sentido de dirección en su vida. Estas experiencias generaron la percepción de sí mismos como personas con capacidades. A su vez, se encontró que las personas recordaban dichas experiencias de resolución como base para poder elaborar nuevos objetivos y establecer relaciones interpersonales (Le Lievre et al., 2011).

De la misma forma, en esta configuración relacional se identificó un deseo del *self* de ser capaz y concretar sus objetivos. Frente a ello, surgen dos respuestas del *self* consigo mismo; por un lado, expresa que la esquizofrenia le produce una situación de estancamiento o incapacidad para realizar sus objetivos. Por otro lado, el *self* replica que a pesar de la esquizofrenia la persona debe seguir adelante y conseguir sus metas. Asimismo, esta configuración concuerda con el estudio llevado a cabo por Ogden (2014), el cual encontró que existen narrativas de personas con esquizofrenia en interacción consigo mismas. Estos momentos fueron organizados como “eventos de ajustes y adaptaciones relacionales”, los cuales se caracterizan por episodios donde las personas pueden contrarrestar aquellas percepciones de vacíos o estancamiento. De la misma forma, aquellos momentos de ajustes relacionales se habrían originado en momentos donde la persona consiguió sus objetivos a través del acompañamiento y apoyo de alguien cercano que cuida a la persona con esquizofrenia (Ogden, 2014).

No obstante, esta configuración relacional también evidencia una respuesta del *self* dirigida a sí mismo donde se afirma que la esquizofrenia produce una sensación de estancamiento. En relación con ello, el estudio realizado por Ogden (2014) discute acerca de la teoría de la adversidad y ventaja, la cual explica que los episodios psicóticos y las experiencias relacionales disruptivas de la primera infancia ocasionan una sensación de incapacidad o estancamiento para seguir con sus objetivos. De esta forma, esta teoría sugiere que los comportamientos relacionales y los deseos de interacción social de las personas con esquizofrenia pueden tener como objetivo compensar aquellas adversidades o disrupciones relacionales anteriores (Lang, 2001; Ogden, 2014). Estas adversidades o problemas relacionales engloban aquellas experiencias previas de pérdidas o violencia, y sentimientos de estancamiento ocasionados por la frustración ocasionada por un otro. (Ogden, 2014).

A continuación, se discutirán los resultados acerca de las configuraciones relacionales prevalentes de cada participante. Por un lado, la configuración prevalente del participante Paco se caracteriza por la interacción de un *self* representado como perseguido frente a un otro percibido como persecutor. Asimismo, esta dinámica se caracteriza por el deseo del *self* de ser alguien autónomo y productivo. Dicho resultado concuerda con los hallazgos del estudio realizado por Le Lievre et al. (2011) en personas diagnosticadas con esquizofrenia, la cual muestra que las experiencias relacionales donde existieron conflictos interpersonales provocaron una percepción del otro como invasor de los límites personales. Del mismo modo, dichos conflictos eran percibidos como eventos confusos y frustrantes. Además, a raíz de estos eventos el otro fue percibido como alguien que frustra los objetivos personales y se experimenta una pérdida relacional importante (Le Lievre et al., 2011).

En esta configuración relacional particular se encuentra también una respuesta por parte del *self*, la cual expresa resignación y angustia ante los límites impuestos por un otro. En este sentido, el estudio realizado por Ogden (2014) encontró que la mayoría de los entrevistados tenían narrativas marcadas por la resignación y angustia causado por los momentos donde cedieron frente a los deseos de los otros. Asimismo, estos episodios fueron interpretados como invasiones hacia sus límites personales, lo cual provocó un retraimiento social agudo. Dicho aislamiento social se sustentaba en el miedo incontrolable que les ocasionaba la interacción con otras personas y la posibilidad de una invasión hacia sus límites personales (Ogden, 2014). Entonces, el distanciamiento social o el ostracismo que caracteriza la psicosis podría entenderse como consecuencias de aquellos episodios donde un otro frustró los deseos de libertad de cada persona. En esta línea, dicho autor propone que los eventos percibidos como invasivos son también interiorizados como “pérdidas relacionales”, debido a

que aquella relación que podría cubrir las necesidades de libertad de la persona vulneró los límites del *self* y mermó su capacidad de relacionamiento con los otros (Ogden, 2014).

En esta línea, psicoanalistas como Hernández (2008) y Rodríguez (2014) sostienen que las experiencias donde existieron episodios de frustración e invasión de los límites del *self* contribuyen a que se pueda estructurar una personalidad psicótica. Aquellos episodios, al igual que en el caso de Paco, estarían presentes en puntos clave del desarrollo de la persona y son caracterizados por la imposición de los deseos de un otro. De esta forma, estas dinámicas de relacionamiento podrían provocar una falla en las defensas del *self*, y una incapacidad para sostener sus propios afectos (Rodríguez, 2014). En esta línea, la persona con esquizofrenia podría experimentar deseos de evitación y aislamiento para protegerse de la presencia de un otro percibido como destructivo o invasor (Binder, 2006; Hernández, 2008). Entonces, dichos factores podrían constituir una dinámica de relacionamiento entre un *self* en búsqueda de libertad frente a otro que impone sus deseos y frustra los objetivos del *self* (Binder, 2006; Hernández, 2008).

Por otra parte, la misma configuración relacional de Paco también evidencia una respuesta caracterizada por la resistencia a la invasión de los límites de su *self*. En consecuencia, el participante trata de establecer sus límites y no ceder frente a las demandas de un otro. Al respecto, la investigación de Ogden (2014) denomina “ajustes relacionales” a aquellas vivencias donde las personas con este diagnóstico lograron sobreponerse a las demandas del otro; y, de esa forma, lograron obtener lo que deseaban o necesitaban. Por su parte, Le Lievre, Schweitzer y Barnard (2011) manifiestan que las narrativas más significativas para las personas entrevistadas fueron aquellos momentos de “independencia” o circunstancias donde lograron lidiar con las demandas de otras personas o impusieron sus límites personales. De esta forma, la resistencia y el establecimiento de límites formaría parte de la búsqueda de un relacionamiento más adaptativo para estas personas (Le Lievre et al., 2011).

En esta línea, autores como Laing (1978) y Lysaker (2010) proponen que las experiencias donde el *self* puede soportar y manejar la frustración impuesta de parte del entorno o un otro pueden fortalecer la capacidad para sostener una cohesión del *self* y mantener las relaciones interpersonales. Esta perspectiva concuerda con la postura del psicoanálisis bioniano, la cual explica que, en el desarrollo de la mente, los episodios de frustración no deben superar la capacidad de tolerancia de la persona, debido a que pueden surgir mecanismos primarios que configuran y mantienen la psicosis (Grinberg, Sor & Tabak de Bianchedi, 1991). Asimismo, así como en el caso de Paco, la capacidad para tolerar la

frustración y la oposición a una invasión de los límites del *self* se presentaría en aquellas personas que fueron diagnosticadas con esquizofrenia durante su juventud o la adultez temprana (Polese et al., 2019). En esta línea, se explica que durante las primeras fases del trastorno aún no se afecta la capacidad de percibirse como alguien con sus propios pensamientos y sentido de individualidad; por ello, la capacidad de decisión y establecimiento de límites estarían conservados (Polese et al., 2019).

Por otro lado, en cuanto a la configuración relacional prevalente en el caso de Luis, se identificó una representación del *self* como “bueno”, el cual interactúa con un otro representado como “extremadamente bueno”. En dicha configuración relacional se presenta un deseo del *self* de ser “bueno” siendo como este otro. Esta configuración dialoga con investigaciones cualitativas en personas con esquizofrenia, las cuales muestran que los episodios psicóticos de las personas diagnosticadas con esquizofrenia generaron concepciones acerca de sí mismos como enfermos o malos (Mestdagh & Hansen, 2014; Villatte et al., 2010). En esta línea, las interacciones con los demás estarían caracterizadas por deseos semejanza respecto a alguien que es apreciado como sano o “bueno”. En particular, la percepción de un otro como “bueno” se relacionaría principalmente con la percepción de una ausencia de algún trastorno físico o mental en este otro; además, este puede ser representado como alguien proveedor, con salud y capacidades. De la misma forma, también Villatte et al., (2010) proponen que dichas representaciones podrían acontecer debido a procesos patológicos de identificación e idealización del objeto y, en algunos casos, pueden surgir mecanismos de fusión de objeto.

De esta manera, algunos autores representativos del pensamiento psicoanalítico plantean que los episodios de psicosis pueden devenir en un debilitamiento de los límites del *self*-otro (Hernández, 2008; Kernberg, 1984; Kohut, 1980; Pollack, 1989). Según esta postura, la pérdida del sentido de realidad durante los episodios puede ocasionar dificultades para diferenciar el *self* y el objeto. Asimismo, esta ausencia de límite entre el *self* y el otro repercute sobre las concepciones del yo y en consecuencia, en la identidad de la persona (Kernberg, 1984). En este marco, las personas con esquizofrenia se relacionarían a través de mecanismos inconscientes como la idealización del otro e identificación primaria con este objeto. (Gombergoff, 1999). Estos mecanismos son considerados como patológicos debido a que suelen generalizarse en las relaciones con un otro y dificulta el desarrollo de mecanismos de defensa secundarios (Gombergoff, 1999).

No obstante, también se explica que dichas relaciones interpersonales serían importantes debido a que proveen un contexto ideal para el sostenimiento del *self* (Saks,

2019). De esta forma, se evidencia que las interacciones relacionales caracterizadas por la fusión con el otro también contribuyen a que la persona pueda integrar o desarrollar alguna concepción diferenciada de sí mismo y los demás a través del tiempo (Lysaker & Lysaker, 2002; Villatte et al., 2010). Además, se plantea que el estado de indiferenciación *self*-otro suele presentarse en aquellas personas que convivieron con la esquizofrenia la mayor parte de su vida adulta, así como en el caso del participante Luis (Hernández, 2008).

Además, en esta configuración relacional surgen respuestas caracterizadas por la similitud entre las respuestas del otro y el *self*. Por un lado, el otro insta a que el *self* sea “bueno” y “no malo”. Por otro lado, el *self* reafirma dicha respuesta aceptando que debe ser de esa forma. Al respecto, una investigación que usó el método CCRT (Luborsky, 1998) para indagar en los esquemas de relación de pacientes psicóticos, neuróticos y *borderline* encontró que el grupo de personas con psicosis presentan perfiles diferenciales en comparación a los otros grupos. Aquellos participantes se distinguieron de los demás grupos debido a que presentaron respuestas más planas en las narrativas relacionales; es decir, sus narrativas eran circulares y autoafirmativas (Diguer et al., 2001). Estos hallazgos parecen apoyar los propuesto por Kernberg (1984), el cual describió que la psicosis podría originar autopercepciones que se encuentran ceñidas a la concepción que se tiene acerca de un otro idealizado. De la misma forma, este aspecto tendría como base la incapacidad de las personas para diferenciar entre el concepto del yo y el otro.

Como se puede observar en las características de las configuraciones relacionales particulares a cada uno de los participantes, otro factor importante a tomar en cuenta para la interpretación de los resultados es la edad de los participantes, debido a que el paso del tiempo tiene importantes repercusiones para las personas con este diagnóstico. Es decir, las funciones cognitivas como la memoria, la atención o el lenguaje, así como las capacidades de relacionamiento con los demás se ven alteradas por la neurodegeneración ocasionada en la esquizofrenia (Lloyd et al., 2017; Ruffalo, 2019). Considerando este factor, las configuraciones relacionales identificadas en los participantes concuerdan con planteamientos teóricos e investigaciones sobre la esquizofrenia y la psicosis, donde se evidencian que el paso del tiempo en esta condición afecta de manera diferenciada la manera de establecer relaciones con los demás y con uno mismo (Hernández, 2008; Lloyd et al., 2017; Ruffalo, 2019). De esta forma, en una primera etapa, se encontraría la configuración relacional de Paco, quien llevaba dos años con el diagnóstico hacia el momento de esta investigación. Esta configuración es caracterizada por un *self* que se representa como perseguido en interacción con un otro persecutor. Dicha dinámica sería usual en los primeros años de la esquizofrenia

donde algunos episodios psicóticos u otros problemas de relacionamiento podrían simbolizar una persecución a los límites del *self* y su libertad. En consecuencia, pueden surgir resistencias frente a la persecución de un otro o respuestas caracterizadas por el debilitamiento del establecimiento de los límites del *self* (Laing, 1978; Lysaker, 2010; Ogden, 2014)

Por otro lado, en una etapa posterior de esta condición, se encontraría la configuración relacional de Luis. Esta configuración se caracterizaría por la interacción con otro a través de la identificación o fusión para alcanzar alguna organización. En este sentido, tal como se discutió previamente, dicha interacción se dará a cabo mediante procesos primarios de identificación que implica una indiferenciación entre otro y *self*, lo cual sería una propiedad que caracteriza más a menudo a casos avanzados de la esquizofrenia (Diguer et al., 2001). Aunado a ello, se propone que los límites entre el *self* y un otro serían debilitados a causa de los procesos de primarias de identificación, los cuales se acentúan con el propio paso de la enfermedad a través del tiempo (Kernberg, 1984).

En suma, la presente investigación logró encontrar dos patrones relacionales transversales, los cuales son importantes porque expresan la importancia y la necesidad de las relaciones interpersonales para las personas con esquizofrenia. Por un lado, el reconocimiento y apoyo de parte de un otro puede generar un estado de cohesión del *self* que permitiría una mayor adaptación a labores cotidianas para la persona. Del mismo modo, se encontró que existe un diálogo de *self* consigo mismo que evidencia los deseos de tener un sentido de dirección en la vida y la continuidad de los proyectos personales. Esta dinámica nos evidencia que el establecimiento y concreción de metas en las personas con esquizofrenia es una fuente importante para su bienestar psicológico (Pérez, 2015).

De la misma forma, el presente estudio rescata la relevancia del respeto hacia los límites personales y los deseos de las personas con esquizofrenia, debido a que a las repercusiones sobre la organización del *self* y la capacidad para establecer relaciones interpersonales. En este sentido, el estudio concuerda con la teoría psicoanalítica bioniana acerca del desarrollo de una personalidad psicótica. Según esta perspectiva, los episodios primarios de frustración, tal como en el caso de Luis, habrían tenido repercusiones en el desarrollo de la mente (Grinberg, Sor & Tabak de Bianchedi, 1991). En esta línea, los episodios de disrupción relacional no deberían superar la capacidad de tolerancia del sujeto, dado que pueden originar mecanismos primarios que configuran y mantienen la psicosis, afectando la cohesión del *self* y sus relaciones con el objeto (Grinberg, Sor & Tabak de Bianchedi, 1991). Además, el presente estudio resalta la relevancia de las dinámicas de

relacionamiento a través de procesos primarios de identificación en las personas con esquizofrenia. Es decir, una parte esencial para el desarrollo y organización del *self* serían las relaciones establecidas con los otros a través de mecanismos primarios de identificación. Entonces, se puede observar la importancia de un otro que actúe como cuidador y guía para las personas con este trastorno. Dicho acompañamiento podría generar nuevos recursos personales para la interacción social y facilitar un mayor sentido de autonomía en el sí mismo (Stephenson, 2018).

Asimismo, durante el desarrollo del presente estudio se identificaron algunas limitaciones. Por un lado, se evidenció la falta de investigaciones cualitativas que exploren las configuraciones relacionales en personas diagnosticadas con esquizofrenia. En esta línea, este estudio evidencia la pertinencia de utilizar instrumentos como el RAP y el método de codificación CCRT para poder indagar a profundidad, mediante el uso de una metodología cualitativa, las formas características de representación y relacionamiento en personas con este diagnóstico. De la misma forma, se pudo observar que este es un campo poco explorado en Latinoamérica y más aún en nuestro país, por lo cual esta investigación es precursora en adoptar esta perspectiva para un mayor conocimiento disciplinar en esta población poco estudiada. Por otro lado, existe otra limitación en torno a la futura exploración de las configuraciones relacionales en esta población, debido a que algunas personas pueden presentar algún déficit cognitivo que impida su desenvolvimiento durante las entrevistas. Entonces, los criterios de inclusión y exclusión serán aspectos importantes para considerar y llevar a cabo en estudios similares a futuro.

De la misma forma, los resultados de futuras investigaciones podrían brindar más aportes para el desarrollo de intervenciones psicológicas que consideren los aspectos vinculares en personas diagnosticadas con esquizofrenia paranoide. Además, para nuevos estudios, es recomendable incluir también participantes de otro sexo y de diferentes grupos de edades, para explorar las posibles diferencias con los resultados de este estudio, mejorando su validez externa, y así ampliar la discusión acerca de las configuraciones relacionales en esta población. En esta línea, se recomienda la homogeneización de las edades de los participantes para seguir explorando con mayor profundidad en las configuraciones de relación que pueden prevalecer de forma diferenciada según el momento de desarrollo evolutivo de la persona. De esta forma, también se podría identificar diferencias cualitativas en las configuraciones según el tiempo del diagnóstico, y así tener una mejor aproximación al diagnóstico e intervención con esta población.

Referencias

- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5ta ed.). Library of Congress Cataloging in Publication Data.
- Barber, J. P., Foltz, C., DeRubeis, R. J., & Landis, R. (2002). Consistency of interpersonal themes in narratives about relationships. *Psychotherapy Research*, 12(2), 139–159. <https://doi.org/10.1093/ptr/12.2.139>
- Bellack, A. (2006). Scientific and consumer models of recovery in schizophrenia: concordance, contrasts, and implications. *Schizophr Bull.* 32(3), 432–442. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/16461575/>
- Berry, K., Barrowclough, C., & Wearden, A. (2008). Attachment theory: A framework for understanding symptoms and interpersonal relationships in psychosis. *Behaviour Research and Therapy*, 46(12), 1275–1282. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2008.08.009>
- Bernardo, M., Safont, G. & Oliveira, C. (2014). *Recomendaciones para la monitorización y la promoción de la salud física de los pacientes con esquizofrenia y otros trastornos graves. Proyecto "Monitor"*. Generalitat de Catalunya.
- Binder, P. (2006). At the verge of unthinkable anxiety: On the relevance of a neurophysiologically informed relational perspective on meaning-making in psychosis. *International Forum of Psychoanalysis*, 15(4), 201–211. <https://doi.org/10.1080/08037060500526433>
- Bion, W. (1957). *Volviendo a pensar* (2da ed.). Imprenta Buenos Aires.
- Bion, W. (1962). *Learning from experience* (2da ed.). Rowman & Littlefield Publishers.
- Bleichmar, N. & Leiberman, C. (1989). *El psicoanálisis después de Freud. Teoría y Clínica*. Editorial Paidós.
- Bradfield, B., & Knight, Z. (2008). Intersubjectivity and the Schizophrenic Experience: A Hermeneutic Phenomenological Exploration. *South African Journal of Psychology*, 38(1), 33-53. <https://doi.org/10.1177/008124630803800103>
- Brown, K. (2017). Psychosis From An Attachment Perspective. *British Journal of Psychotherapy*, 33(3), 365-387. <https://doi.org/10.1111/bjp.12306>
- Cabello, H., Diaz, L. & Arredondo, A. (2011). Costo- efectividad de intervenciones para esquizofrenia en México. *Salud Mental*, 34(2), 95-102. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=58220799002>

- Castillo, H. (2014). Impacto de la Esquizofrenia en la Calidad de Vida y Desarrollo Humano de Pacientes y Familias de una Institución de Atención en Salud Mental de la Ciudad de Lima. *Anales de Salud Mental*, 30(2), 9-27.
- Cernovsky, Z; Landmark, J. & O'Reilly, R. (2002). *Edad de inicio y modelos clínicos en la Esquizofrenia*. SciELO.
http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1579-699X2002000300006
- Chaudhary, R. (2017). Diathesis Stress. *Encyclopedia of Animal Cognition and Behavior*.
https://www.researchgate.net/profile/Reema_Chaudhary2/publication/319275160_Diathesis_Stress/links/5c5b1867a6fdccb608ac48ca/Diathesis-Stress.pdf
- Chong, H., Teoh, S., Wu, D., Kotirum, S., Chiou, C. & Chaiyakunapruk, N. (2016). Global economic burden of schizophrenia: a systematic review. *Neuropsychiatric disease and treatment*, 2016(12), 357–373. <https://doi.org/10.2147/NDT.S96649>
- Christodoulou, N. (2013). Financial crises: impact on mental health and suggested responses. *Psychotherapy Psychosomatic*, 82(5), 279-84. <https://doi.org/10.1159/000351268>
- Neri, D. (2014) La práctica de la psicoterapia relacional: El modelo interactivo en el campo del psicoanálisis. *The International Journal of Psychoanalysis*, 958(3), 595-601.
<https://doi.org/10.1111/1745-8315.12106>
- Connolly, M. B., Crits-Christoph, P., Barber, J. P., & Luborsky, L. (2000). Transference patterns in the therapeutic relationship in supportive-expressive psychotherapy for depression. *Psychotherapy Research*, 10(3), 356–372.
<https://doi.org/10.1093/ptr/10.3.356>
- Creswell, J. & Poth, C. (2018). *Qualitative Inquiry Research Design. Choosing Among Five Approaches* (4ta ed.). Sage Publications.
- Critchfield, K. L., & Benjamin, L. S. (2010). Assessment of repeated relational patterns for individual cases using the SASB-based Intrex questionnaire. *Journal of personality assessment*, 92(6), 480–489. <https://doi.org/10.1080/00223891.2010.513286>
- Cullberg, J. (2006). *Psychoses: An integrative perspective* (1ra ed.). Routledge.
- Diguer, L.; Lefebvre, R.; Drapeau, M.; Luborsky, L.; Rousseau, J.; Hébert, É.; Pelletier, S.; Scullion, M. & Descôteaux, J. (2001). The core conflictual relationship theme of psychotic, borderline, and neurotic personality organizations. *Psychotherapy research*, 11(2), 169-186.
<https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1093/ptr/11.2.169?journalCode=tpsr20>
- Engelhardt, H. (1995). *Los Fundamentos de la Bioética* (2da ed.). Paidós.

- García, J. (2009). *Guía Práctica Clínica para el Tratamiento de la Esquizofrenia en un Centro de Salud Mental*. Servicio Murciano de la Salud
- Gallach, E. (2011). Factores de éxito en la integración laboral de personas con trastorno mental grave. *BiblioPsiquis*, 15(73). <http://psiqui.com/1-6921>
- González-Rey, F. (2006). *Investigación Cualitativa y Subjetividad*. Oficina de Derechos Humanos del Arzobispado de Guatemala
- Grinberg, L., Sor, D. & Tabak de Bianchedi, E. (1991). *Nueva introducción a las ideas de Bion*. Tecnipublicaciones.
- Gomberoff, L. (1999). *Otto Kernberg. Introducción a su obra* (1ra ed.). Mediterráneo.
- Harder, S. (2014). Attachment in schizophrenia—implications for research, prevention, and treatment. *Schizophrenia Bulletin*, 40(6), 1189–1193. <https://doi.org/10.1093/schbul/sbu133>
- Heckers, S., Barch, D., Bustillo, J., Gaebel, W., Gur, R., Malaspina, D., Owen, J., Schultz, S., Tandon, R., Tsuang, M., Van Os, J. & Carpenter, W. (2013). Structure of the psychotic disorders classification in DSM-5. *Schizophrenia Research*, 150(1), 11–14. <https://doi.org/10.1016/j.schres.2013.04.039>
- Hernández, V. (2008). *Las Psicosis. Sufrimiento mental y comprensión psicodinámica* (1ra ed.). Huertas Industrias Gráficas.
- Hernández, R., Fernández, C., & Baptista, M. P. (2014). *Metodología de la investigación*. (5ta ed.). McGraw-Hill Interamericana.
- Hospital Víctor Larco Herrera (2018). *Guía Práctica Clínica para el abordaje temprano y manejo de la esquizofrenia*. <https://web.ins.gob.pe/sites/default/files/Archivos/authenticated%2C%20administrador%2C%20editor/publicaciones/2018-09-17>
- Howes, O., & Kapur, S. (2009). The dopamine hypothesis of schizophrenia: Version III The final common pathway. *Schizophrenia Bulletin*, 35(3), 549–562. <https://doi.org/10.1093/schbul/sbp006>
- Humphreys, K. (2017). A Review of the Impact of Exclusion Criteria on the Generalizability of Schizophrenia Treatment Research. *Clinical Schizophrenia & Related Psychoses*, 11(1), 49-17. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28548580/>
- Instituto Nacional de Salud Mental [INSM], (2012). Estudio Epidemiológico de Salud Mental en Lima Metropolitana y Calla- Replicación 2012. *Anales de Salud Mental*, 29(1).
- Instituto Nacional de Salud Mental “Honorio Delgado- Hideyo Noguchi”, (2014). La Esquizofrenia Afecta a más de 24 millones de Personas en el Mundo. Sala de Prensa

Virtual.

<http://www.insm.gob.pe/oficinas/comunicaciones/notasdeprensa/2014/040.html>

Kernberg, O. (1987). *Trastornos graves de personalidad* (1ra ed.). Manual Moderno

Kernberg, O., Selzer, M., Koenigsberg, H., Carr, A. & Appelbaum, A. (1989).

Psychodynamic Psychotherapy of Borderline Patients (1ra ed.). Basic Books.

Keshavan, M.S., Nasrallah, H.A. & Tandon, R. (2011). Schizophrenia, just the facts. Moving ahead with the schizophrenia concept- from the elephant to the mouse. *Schizophrenia Research*, 127(1-3), 1-25. <https://doi.org/10.1016/j.schres.2011.01.011>

Kohut, H. (1980). Two letters. En: Goldberg, A., (ed.) *Advances in Self- Psychology*.

International Universities Press (pp. 449-469). Intl Universities Pr Inc.

Korver, N., Berry, K., Meijer, C. & de Haan, L. (2013). Adult attachment and psychotic phenomenology in clinical and non-clinical samples: A systematic review. *The British Psychological Society*. <https://onlinelibrary.wiley.com/action/cookieAbsent>

Laing, R. (1978). *The Divided Self* (1ra ed.). Penguin Books

Leavy, P. (2014). *The Oxford handbook of qualitative research* (1ra ed.). Oxford Library of Psychology.

Le Lievre, J.; Schweitzer, R & Barnard, A. (2011). Schizophrenia and the Progression of Emotional Expression in Relation to Others. *Qualitative Health Research*, 21(10), 1335-1346. <https://doi.org/10.1177/1049732311406448>

Lloyd, H, Lloyd, J, Fitzpatrick, R & Peters, M. (2017). The role of life context and self-defined well-being in the outcomes that matter to people with a diagnosis of schizophrenia. *Health Expect.* 20(5), 1061– 1072. <https://doi.org/10.1111/hex.12548>

Lingiardi, V. & McWilliams, N. (2017). *Psychodynamic Diagnostic Manual PDM-2* (1ra ed.). The Guilford Press.

Luborsky, L. (1998). The relationship anecdotes paradigm (RAP) interview as a versatile source of narratives. In L. Luborsky & P. Crits-Christoph (Eds.), *Understanding transference: The core conflictual relationship theme method* (pp. 109–120). American Psychological.

Luborsky, L., & Crits-Christoph, P. (1998). *Understanding transference: The core conflictual relationship theme* (2nd ed.). American Psychological Association

Lysaker, P., & Lysaker, J. (2002). Narrative structure in psychosis: Schizophrenia and disruptions in the dialogical self. *Theory and Psychology*, 12(2), 207-220. <https://doi.org/10.1177/0959354302012002630>

- Lysaker, P., & Lysaker, J. (2008). Schizophrenia and alterations in Self- experience: A comparison of 6 Perspectives. *Schizophrenia Bulletin*, 36(2), 331-340. <https://doi.org/10.1093/schbul/sbn077>
- Lysaker, P. H., & Lysaker, J. T. (2010). Schizophrenia and alterations in self-experience: a comparison of 6 perspectives. *Schizophrenia bulletin*, 36(2), 331-340. <https://doi.org/10.1093/schbul/sbn077>
- Marenco, S., & Weinberger, D. R. (2000). The neurodevelopmental hypothesis of schizophrenia: Following a trail of evidence from cradle to grave. *Development and Psychopathology*, 12(3), 501-527. doi: 10.1017 / S0954579400003138
- Mediavilla, J. (2009). Esquizofrenia. *Royal College of Psychiatrists*. <http://www.sepsiq.org/file/Royal/21-Esquizofrenia.pdf>
- Mental Disability Rights International & Asociación Pro Derechos Humanos (2004). Derechos Humanos y Salud Mental en el Perú. *Asociación Pro Derechos Humanos*. <https://www.driadvocacy.org/wp-content/uploads/Peru-Report-Esp-Final-Spanish.pdf>
- Mestdagh, A. & Hansen, B. (2014). Stigma in patients with schizophrenia receiving community mental health care: a review of qualitative studies. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*, 49(1), 79-87. <https://doi.org/10.1007/s00127-013-0729-4>
- Mitchell, S. (1988). *Relational Concepts in psychoanalysis. An Integration* (1ra ed.). President and Fellows of Harvard University.
- Mitchell, S. (2000) *Relationality: From Attachment to Intersubjectivity* (1ra ed.). The Analytic Press.
- Moskowitz, A. (2018). Attachment, Dissociation, Psychotherapy and Schizophrenia: My Heritage to Giovanni Liotti. *Cognitivismo Clinico*, 15(2), 175-179.
- National Institute for Health and Clinical Excellence [NICE]. (2014). Psychosis and Schizophrenia in Adults: Treatment and Management: Updated Edition 2014. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25340235>
- Ogden, L. (2014). Interpersonal Relationship Narratives of Older Adults With Schizophrenia-Spectrum Diagnoses. *American Orthopsychiatric Association*. <http://dx.doi.org/10.1037/ort0000035>
- Organización Mundial de la Salud (2018). *Un reporte sobre la salud: Esquizofrenia*. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/schizophrenia>
- Organización Mundial de la Salud (2008). *Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud* (10ma ed.). Organización Panamericana de la Salud.

- Patton, M. (1990). *Qualitative evaluation and research methods* (2da ed.). Sage
- Patel, K., Cherian, J., Gohil, K. & Atkinson, D. (2014). Schizophrenia: Overview and Treatment Options. *US National Library of Medicine*, 39(9), 638-645.
- Pérez, M. (2012). Esquizofrenia y cultura moderna: razones de la locura. *Psichothema*, 24(1), 1-9.
- Pérez, M. (2017). Claves éticas en el tratamiento clínico-comunitario de personas con esquizofrenia. *Revista de Bioética y Derecho*, 1(41), 171-186. http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1886-58872017000300012
- Pollack, W. (1989). Schizophrenia and the Self: Contributions of Psychoanalytic Self-Psychology. *Oxfordjournals*, 15(2), 311-322. <https://doi.org/10.1093/schbul/15.2.311>
- Ponizovsky, A., Nechamkin, Y. & Rosca, P. (2007). Attachment Patterns Are Associated With Symptomatology and Course of Schizophrenia in Male Inpatients. *American Journal of Orthopsychiatry*, 77(2), 324-331. <https://doi.org/10.1037/0002-9432.77.2.324>
- Pruessner, M., Cullen, A., Aas, M & Walker, E. (2017). The neural diathesis-stress model of schizophrenia revisited: An update on recent findings considering illness stage and neurobiological and methodological complexities. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*, 73(1), 191-218. <https://doi.org/10.1016/j.neubiorev.2016.12.013>
- Raz, A., Wiseman, H., & Sharabany R. (2007). Give love a chance: Difficulties of young adults in establishing long-term romantic relationships: A narrative inquiry. In R. Josselson, D. P. McAdams, & A. Lieblich (Eds.), *The meaning of others: The narrative inquiry of relationships* (pp. 237–253). American Psychological Association.
- Reen, P. (2007). Relational Psychoanalytic Perspectives On Psychosis. *Counselling Directory*. <https://www.counselling-directory.org.uk/counsellor-articles/relational-psychoanalytic-perspectives-on-psychosis>
- Robertson, A., Hargreaves, A. & Kelleher, E. (2013). Social dysfunction in schizophrenia: an investigation of the GAF scale's sensitivity to deficits in social cognition. *Schizophrenia Res*, 146(1), 363–365. <https://doi.org/10.1016/j.schres.2013.01.016>
- Rodríguez, C. (2014). *Psicopatología psicoanalítica relacional. La persona en relación y sus problemas*. Ágora Relacional

- Ruffalo, M. (2019). Understanding Schizophrenia: Toward a Unified Biological and Psychodynamic Approach. *Psychoanalytic Social Work*.
<https://doi.org/10.1080/15228878.2019.1616570>
- Rulf, S. (2003). Phenomenological contributions on schizophrenia: A critical review and commentary on the literature between 1980-2000. *Journal of Phenomenological Psychology*, 34(1), 1-22. <https://doi.org/10.1163/156916203322484815>
- Saavedra Macías, J. (2009). ¿Cómo acercarse a historias traumáticas en contextos de rehabilitación psicosocial?: un estudio de caso de un paciente de esquizofrenia paranoide. *Salud colectiva*, 5(1), 225-235.
- Saks, P. (2019). In the Forests of the Night: Psychodynamic Treatment of Schizophrenia Through the Lens of Matte-Blanco's Bi-Logic. *Psychoanalytic Psychology*, 36(3), 216-223. <https://doi.org/10.1037/pap0000211>
- Sass, L. (2011) *Autonomy and Schizophrenia: Reflections on an Ideal* (1ra ed.). Springer.
- Shapiro, D. (2000). *Dynamics of character* (1ra ed.). Basic Books.
- Shedler, J. (2010). The efficacy of psychodynamic psychotherapy. *American Psychologist*, 65(2), 98-109. <https://doi.org/10.1037/a0018378>
- Slipp, S. (1973). The Symbiotic Survival Pattern: A Relational Theory of Schizophrenia. *Fam Proc*, 12(1), 377- 398. <https://doi.org/10.1111/j.1545-5300.1973.00377.x>
- Stephenson, J. (2018). I, Me, You & Us: can a psychodynamic model provide a relational perspective on psychosis? *Psychoanalytic Psychotherapy*, doi: 10.1080/02668734.2018.1487464
- Vega, F. (2011). Situación, avances y perspectivas en la atención a personas con discapacidad por trastornos mentales en el Perú. *Anales de Salud Mental*, 27(2), 29- 32.
- Verhoeven, W., Egger, J., Hovens, J., & Hoefsloot, L. (2013). Kallmann syndrome and paranoid schizophrenia: a rare combination. *BMJ case reports*.
<http://dx.doi.org/10.1136/bcr-2012-007387>
- Velazco, Y., Quintana, I., Fernández, M. & Zamora, E. (2018). Paranoid schizophrenia. An approach to its study on the purpose of a case. *Revista Médica Electrónica*, 40(4). 1163-1171.
- Villatte, M., Monestés, J., McHugh, L., Baqué, E., & Loas, G. (2017). Assessing Perspective Taking in Schizophrenia Using Relational Frame Theory. *The Psychological Record*.
https://link.springer.com/article/10.1007/BF03395719?error=cookies_not_supported&code=97677b3b-ea1a-4548-81d6-af191312e15e

- Walker, I., & Read, J. (2002). The differential effectiveness of psychosocial and biogenetic causal explanations in reducing negative attitudes toward “mental illness”. *Psychiatry: Interpersonal and Biological Processes*, 65(1), 313-325. <https://doi.org/10.1521/psyc.65.4.313.20238>
- Willig, C. (2013). *Introducing Qualitative Research in Psychology*. McGraw Hill Education.
- Wiseman, H., & Barber, J. (2004). The core conflictual relationship theme approach to relational narratives: Interpersonal themes in the context of intergenerational communication of trauma. Narrative Study of Lives Series. In A. Lieblich, D.P. McAdams, & R. Josselson (Eds.), *Healing plots: The narrative basis of psychotherapy* (pp. 151–170). American Psychological Association.
- Yin, R. (1994). *Case study research: Design and methods* (3rd ed.). Sage.
- Zaytseva, Y., Burova, V., Garakh, Z., & Gurovich, I. Y. (2013). Attributional style in first episode of schizophrenia and schizophrenia spectrum disorders with and without paranoid ideation. *Psychiatria Danubina*, 25(2), 329-331. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23995202/>

Anexo A

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPANTES

La presente investigación es conducida por el estudiante Eduardo Alberto Vento de la Facultad de Psicología de la Pontificia Universidad Católica del Perú, bajo la supervisión del Mg. Gian Harry's Rasmussen Luján.

El objetivo de este estudio es conocer las formas predominantes en que las personas con esquizofrenia paranoide construyen sus relaciones con los demás, es decir, sus patrones relacionales.

Si usted accede a participar en este estudio, se le pedirá asistir a tres sesiones de entrevista. En la primera se le solicitará responder a un cuestionario, el cual tomará aproximadamente 30 minutos de su tiempo. El cuestionario permitirá conocer sobre su experiencia personal con el diagnóstico de esquizofrenia. La segunda sesión implicará una entrevista de aproximadamente 60 minutos para explorar sus diversas experiencias de relación con otros. Finalmente, en la tercera sesión se llevará a cabo una devolución de los resultados de la investigación. Cabe mencionar que estas conversaciones serán grabadas con la finalidad de que el investigador pueda transcribir las ideas que usted haya expresado, y luego de ello, el audio será eliminado.

Es importante que sepa que su participación es voluntaria durante todo el proceso la investigación. Además, la información que se recoja será estrictamente confidencial, y solo será utilizada para fines de la presente investigación y las publicaciones que se deriven de ella. El material será almacenado hasta la finalización de esos productos y posteriormente eliminado. Las transcripciones cuidarán su identidad mediante el uso de seudónimos y solo serán accesibles al investigador.

Al finalizar la investigación, se realizará una presentación de resultados a los profesionales de la institución con la finalidad de mejorar el tratamiento de personas con esquizofrenia paranoide, cuidando en todo momento no develar su identidad.

Si tuviera alguna duda con relación al desarrollo del estudio, usted es libre de formular las preguntas que considere pertinentes. Además, usted puede finalizar su participación en cualquier momento de la investigación sin que esto represente algún perjuicio para usted. Si se sintiera incómodo o emocionalmente movilizado frente a alguna de las preguntas o temas de conversación, puede ponerlo en conocimiento de la persona a cargo de la investigación y abstenerse de responder.

Muchas gracias por su participación.

Yo, _____ doy mi consentimiento para participar en el estudio y soy consciente de que mi participación es enteramente voluntaria. He recibido información sobre la investigación y he tenido la oportunidad de discutir sobre el estudio y hacer preguntas.

Al firmar este protocolo estoy de acuerdo con que la información que se recoja será confidencial y que mi identidad será cuidada a lo largo del proceso. Entiendo que puedo finalizar mi participación en el estudio en cualquier momento, sin que esto represente algún perjuicio para mí.

Entiendo que recibiré una copia de este formulario de consentimiento e información del estudio. En caso de alguna duda con respecto a la investigación, puedo comunicarme con el Mg. Gian Rasmussen Luján al correo gian.rasmussen@pucp.pe.

Nombre del participante	Correo electrónico del participante / teléfono	Firma

Nombre del Investigador responsable	Firma	Fecha

Anexo B

Guía de entrevista semi-estructurada

Como conversamos previamente, quisiera ahora hacerle algunas preguntas para conocerlo mejor...

Experiencia subjetiva del Self

1. ¿Cómo se describiría a sí mismo? // ¿Me podrías contar un poco sobre quién eres y cómo te describirías?

Vivencia subjetiva de la esquizofrenia

2. Usted se está atendiendo en consulta externa en este hospital, ¿no es cierto?. ¿Sabe usted por qué motivo asiste a esta institución?
3. ¿Sabe usted cuál es su diagnóstico?
 - ¿Qué significa para usted este diagnóstico que me comenta?///¿Qué significa para usted el diagnóstico de esquizofrenia paranoide?
4. ¿Hace cuánto le diagnosticaron esquizofrenia paranoide?
5. ¿Recuerda en qué circunstancias se encontraba usted poco antes del diagnóstico? (rastrear origen)
 - ¿Siente usted que este diagnóstico ha afectado su vida diaria en algún modo?
 - Respuesta Sí : ¿Cómo así este diagnóstico ha afectado su vida?
 - Respuesta No: ¿Entonces usted siente que puede realizar su vida diaria de la misma forma que antes de que le dieran ese diagnóstico?
6. Con todo esto que me comenta, entonces me podría usted decir, para usted, ¿cómo es vivir con esquizofrenia?
7. Y finalmente, ¿me podría comentar cómo es que usted se siente consigo mismo?
8. Hoy usted me ha comentado sobre.... (recapitulación), ¿hay algo adicional que quisiera agregar o quisiera contarme?

Muchas gracias por su colaboración (agradecimientos). ¿Cómo se siente luego de esta entrevista? (Brindar un espacio de escucha y contención)

Recuerde que aún nos queda otra sesión de entrevista, la cual sería (Fecha estimada) (recordatorio de la alianza de trabajo y los acuerdos tomados)

Anexo C
Ficha de datos socio-demográficos

1. Sexo

- ☐ Mujer
☐ Hombre

2. Edad

_____ años

3. Lugar de nacimiento

- ☐ Lima
☐ Provincia ¿Cuál? _____ ; ¿Hace cuánto vive en Lima?

☐ Extranjero

4. Estado civil

- ☐ Soltero (a)

En una relación de pareja, ¿hace cuánto tiempo?

- ☐ Conviviente Tiempo estimado _____
☐ Casado (a) Tiempo estimado _____
☐ Viudo (a) Tiempo estimado _____
☐ Divorciado (a) Tiempo estimado _____

5. Grado de instrucción

- ☐ Primaria incompleta
☐ Primaria completa
☐ Secundaria incompleta
☐ Secundaria completa
☐ Técnica incompleta

- ☐ Técnica completa
- ☐ Superior incompleta
- ☐ Superior completa

6. ¿Actualmente estás trabajando?

☐ 1. No

☐ 2. Sí,

¿Cuál es su ocupación? _____

7. ¿Cuál ha sido su diagnóstico?

8. ¿Hace cuanto?

_____ años _____ meses

9. ¿Es el primer centro de atención al que acude? Sí __. No __

10. ¿Ha requerido hospitalizaciones por el trastorno? ¿cuántas veces?

11. Tiempo de asistencia a este centro: _____ meses _____ años

12. ¿Qué tipo de tratamiento sigue actualmente? (psicoterapia, psicofarmacológico, otros)

13. ¿Actualmente está recibiendo medicación para tratar la esquizofrenia?

☐ Si

☐ No

14. Si responde “sí”. ¿Desde cuando? _____ años _____ meses

15. Consume algún tipo de sustancias psicoactivas (drogas)

☐ Si

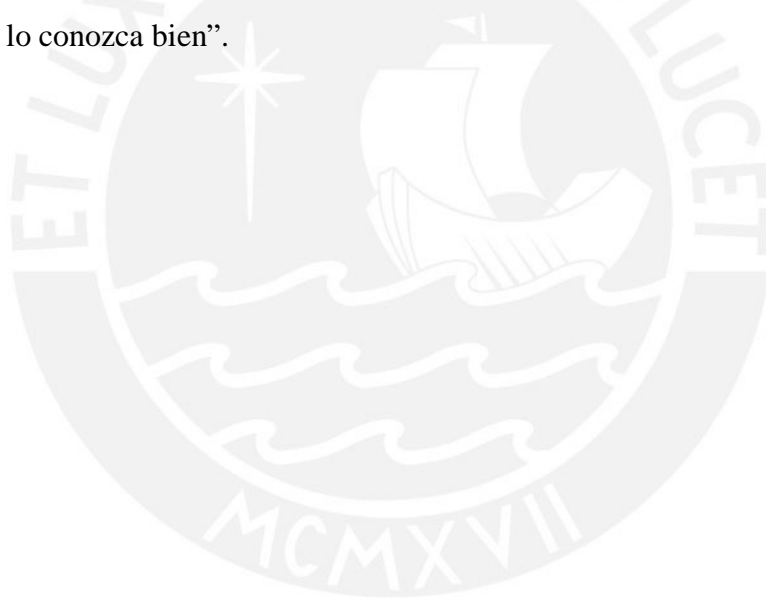
☐ No

16. Si responde “sí”. ¿Cuales? _____

Anexo D

Consigna de *The Relationship Anecdotes Paradigm* (RAP)

“Por favor cuénteme algunas situaciones o incidentes que lo involucren a usted en relación a otra persona. Cada situación debe ser específica. Puede relatar situaciones actuales o pasadas. Para cada una cuénteme (1) cuándo ocurrió, (2) quién era la otra persona, (3) qué dijo o hizo la otra persona, y qué dijo o hizo usted y (4) qué sucedió al final. La otra persona puede ser cualquiera – su padre, madre, hermano, hermana, pareja, otros parientes, amigos o colegas. Solamente tiene que ser alguna situación específica que fue particularmente importante o que supuso algún problema para usted. Cuénteme por lo menos 10 de dichas situaciones. Tómese entre 3 y 5 minutos para relatar cada una. Esta es una manera de conocer acerca de sus relaciones con otros. Siéntase cómodo, como si estuviera encontrándose con alguien que usted quiere que lo conozca bien”.



Anexo E

CARTA DE INVITACIÓN PARA PARTICIPANTES

Mi nombre es Eduardo Alberto y soy estudiante de Psicología de la Pontificia Universidad Católica del Perú. Por medio de esta carta me gustaría invitarlo/a a participar en una investigación que estoy realizando bajo la supervisión del Mg. Gian Rasmussen Harry's.

El objetivo de mi investigación es conocer la manera en que las personas con esquizofrenia paranoide se relacionan consigo mismas y construyen sus relaciones con los demás. La investigación permitirá ampliar el conocimiento sobre la esquizofrenia y generar aportes que permitan ayudar a personas que atraviesan situaciones similares a la suya.

Si usted accede a participar en este estudio, se le pedirá asistir a:

- Una sesión de entrevista donde se le solicitará responder a unas preguntas que permitirá conocer la manera en la que se percibe.
- Una segunda sesión de entrevista para profundizar en su experiencia personal

Su participación será voluntaria y la información recogida será confidencial.

Al finalizar la investigación, se realizará una presentación de resultados a los profesionales de la institución con la finalidad de mejorar el tratamiento de personas con depresión, cuidando en todo momento no develar su identidad.

Si está interesado en participar, por favor bríndeme sus datos de contacto para comunicarme con usted y brindarle mayores detalles.

Nombre: _____

Número/s telefónico/s: _____ / _____

Correo electrónico: _____